# POWIATOWA STACJA SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA W STARGARDZIE

# 73-110 Stargard, ul. Czarnieckiego 34 tel. 91 561 26 10

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

następuje na pisemny wniosek, który może złożyć:

- klient

- przedstawiciel ustawowy (rodzic lub opiekun prawny)

Sposób złożenia wniosku:

1. w formie elektronicznej na adres: [psse.stargard@sanepid.gov.pl](mailto:psse.stargard@sanepid.gov.pl)
2. pocztą, na adres Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Stargardzie
3. osobiście

# Sposób odbioru dokumentacji medycznej:

# drogą elektroniczną – na adres e-mail wskazany na wniosku, w formie zaszyfrowanego dokumentu

# pocztą - wymagane przesłanie wraz z wnioskiem koperty zaadresowanej do wnioskodawcy i oklejonej znaczkiem pocztowym

# osobiście lub przez osobę upoważnioną we wniosku

# Odpłatność za udostępnienie dokumentacji medycznej zgodnie z cennikiem dostępnym na stronie internetowej PSSE Stargard; płatne przelewem na konto NBP O/Szczecin nr konta 20 1010 1599 0520 6722 3100 0000.

# Opłaty nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej po raz pierwszy.

# WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wnioskodawca *(wypełnić drukowanymi literami):*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| IMIĘ i NAZWISKO  (*w dniu wykonywania badań)* | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | DATA URODZENIA | |  |  | **-** | |  | |  | | **-** | | |  |  | |  | |  | |
| ADRES ZAMIESZKANIA  (*w dniu wykonywania badań)* | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATA WYKONANIA BADANIA (ROK) | | | | | | | | | | | | | *NR TELEFONU* | | | | |  |  | |  | |  |  | |  |  | |  | |  |
| *SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI (zaznaczyć właściwe):* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ osobiście:    *……………………………………………………………………………………*  *dokumentację medyczną odbierze* | | | | | | | | | | □ drogą elektroniczną w formie zaszyfrowanego dokumentu  *………………………………………….……………………………*  *na adres e-mail* | | | | | | | □ pocztą (podać adres) | | | | | | | | | | | | | | |
| *Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej i zobowiązuję się do pokrycia ewentualnych kosztów wykonania kopii zgodnie z obowiązującym cennikiem.*  *……………………………………………………………………….. (data, czytelny podpis wnioskodawcy)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *(wypełnia pracownik PSSE)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATA PRZYJĘCIA WNIOSKU | | | | | | | | DOKUMENTACJĘ ODNALEZIONO | | | | | | DATA PRZEKAZANIA ODPISU | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | □ TAK □ NIE | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Klauzula informacyjna**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowa Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna w Stargardzie z siedzibą w Stargardzie przy ul. Czarnieckiego 34, zwany dalej Administratorem;

Administrator prowadzi operacje przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

Wyznaczono inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować pod adresem e-mail: iod.psse.stargard@sanepid.gov.pl oraz pod numerem telefonu: 91 561 26 24

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu udostępnienia dokumentacji medycznej.

Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej oraz właściwe przepisy prawne regulujące uprawnienia i obowiązki Inspekcji Sanitarnej. Podanie danych jest niezbędne do realizacji wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej.

1) posiada Pani/Pan prawo do:

* żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
* wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania,
* przenoszenia danych,
* wniesienia skargi do organu nadzorczego,
* cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.

2) Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, 3) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 20 lat

Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych można uzyskać pod adresem[;](https://www.gov.pl/web/wsse-szczecin/ochrona-danych-osobowych)  iod.psse.stargard@sanepid.gov.pl