

**WOJEWÓDZKA STACJA SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA W SZCZECINIE**  
70-632 Szczecin, ul. Spedytorska 6/7 tel. 91/462 40 60

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

|   |   |
|---|---|
| <b>Sposób dostarczenia wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej</b>   | <b>Możliwy sposób odbioru odpisu/kserokopii badań</b>                 |
| Osobiście   | - Osobiście - Wysyłka ePUAP/e-Doręczenie<br>- Wysyłka na adres e-mail |
| ePUAP/e-Doręczenie  | - Osobiście - Wysyłka ePUAP/e-Doręczenie                              |
| Mailowo na adres:<br><a href="mailto:kancelaria.wsse.szczecin@sanepid.gov.pl">kancelaria.wsse.szczecin@sanepid.gov.pl</a> | - Osobiście   |

**Dane pacjenta, którego dotyczy wniosek** (wypełnić drukowanymi literami):

|  |                |
|--|----------------|
| IMIĘ i NAZWISKO<br>(w chwili wykonywania badań)    |                |
| PESEL  | DATA URODZENIA |
| ADRES ZAMIESZKANIA<br>(w chwili wykonywania badań) |                |

**Wnioskodawca:** (wypełnić tylko wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja)

|  |                |
|--|----------------|
| IMIĘ i NAZWISKO<br>(w chwili wykonywania badań)    |                |
| PESEL  | DATA URODZENIA |
| ADRES ZAMIESZKANIA<br>(w chwili wykonywania badań) |                |

**Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji:** (zaznaczyć X we właściwej rubryce)

|  |  |   |   |                                     |
|--|--|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy<br><input type="checkbox"/> wniosek składa przedstawiciel ustawy pacjenta (rodzic, opiekun prawny)<br><input type="checkbox"/> wnioskodawca posiada upoważnienie wystawione przez pacjenta |  |   |   |                                     |
| DATA WYKONANIA BADANIA LUB PRZEDZIAŁ CZASOWY W LATACH  |  |   |   |                                     |
| MIEJSCE WYKONANIA BADANIA<br>(zaznaczyć X właściwy Oddział Laboratoryjny WSSE)   | <input type="checkbox"/> SZCZECIN  | <input type="checkbox"/> KOSZALIN   | <input type="checkbox"/> KAMIENŃ POMORSKI | <input type="checkbox"/> SZCZECINEK |
| SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI (zaznaczyć X właściwe):  |  | NR TELEFONU   |   |                                     |
| <input type="checkbox"/> na miejscu:   | <input type="checkbox"/> drogą elektroniczną (wyrażam zgodę na przekazanie kopii dokumentacji drogą elektroniczną) | <input type="checkbox"/> drogą elektroniczną (wyrażam zgodę na przekazanie kopii dokumentacji drogą elektroniczną): |   |                                     |
| .....<br>dokumentację medyczną odbierze  | .....<br>adres skrzynki ePUAP, adres e-Doręczenia  | .....<br>adres skrzynki e-mail  |   |                                     |
| Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej i zobowiązuję się do pokrycia ewentualnych kosztów wykonania odpisu zgodnie z obowiązującym cennikiem.  |  |   |   |                                     |
| ..... (data, czytelny podpis wnioskodawcy)   |  |   |   |                                     |

Odpłatność za udostępnienie dokumentacji medycznej zgodnie z cennikiem dostępnym na stronie internetowej NFZ [https://www.nfz-szczecin.pl/shjxf\\_dokumentacja\\_medyczna.htm](https://www.nfz-szczecin.pl/shjxf_dokumentacja_medyczna.htm); płatne przelewem na konto PKO PB: o8 1010 1599 0054 5422 3100 0000.  
Opłaty nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej po raz pierwszy.

**Klauzula informacyjna**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wojewódzka Stacja Sanitarно – Epidemiologiczna w Szczecinie z siedzibą w Szczecinie przy ul. Spedytorskiej 6/7, 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.wsse.szczecin@sanepid.gov.pl](mailto:iod.wsse.szczecin@sanepid.gov.pl) oraz pod numerem telefonu: 91 462 40 60 wew. 143, lub pisemnie na adres siedziby.

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu wykonania zlecenia w zakresie badań laboratoryjnych/pomiarów. W przypadku, kiedy wyniki badań wskażą na zagrożenie życia, zdrowia ludzkiego lub środowiska, zleceniobiorca powiadomi o tym fakcie właściwe organy.

Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zlecenie wykonania badań laboratoryjnych/pomiarów oraz właściwe przepisy prawne regulujące uprawnienia i obowiązki Inspekcji Sanitarnej. Podanie danych jest niezbędne do zawarcia umowy, w przypadku niepodania danych niemożliwe jest zawarcie umowy,

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>