

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko wnioskodawcy

Bydgoszcz, dnia

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

Adres zamieszkania

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nr telefonu kontaktowego

Nr kartoteki

**Z-CA KOMENDANTA DS. LECZNICTWA OTWARTEGO
KIEROWNIK POLIKLINIKI
10 WOJSKOWEGO SZPITALA KLINICZNEGO SP ZOZ
W BYDGOSZCZY**

Wnioskuje o** :

- wgląd do dokumentacji medycznej
- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej i zobowiązuje się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w 10 WSzKzP oraz kosztów przesyłki (za pobraniem)

Dokumentacja medyczna dotyczy: *wnioskodawcy; *dziecka do 18 roku życia;

Imię i nazwisko

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania

Dokumentacja medyczna dotyczy leczenia w

(Nazwa poradni i dane za jaki okres leczenia)

Rodzaj dokumentacji medycznej

(np. historia choroby, wyniki badań – podać jakich)

Dokumentację medyczną*:

- odbiorę osobiście
- proszę przesłać na adres zamieszkania
- odbierze osoba upoważniona (upoważnienie znajduje się w kartotece)

Czytelny podpis wnioskodawcy

Miejscowość i data

* Zaznaczyć odpowiednią kratkę

* Wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Bydgoszcz, dnia

(Data wystawienia dokumentu)

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie

..... seria i numer

(nazwa dokumentu tożsamości)

Pobrano opłatę w wysokości zł

Wystawiono*:

Paragon nr z dnia

Faktura nrz dnia

.....
Czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację

Wysłano listem poleconym **.....dnia

Numer przesyłki pocztowej

.....
Czytelny podpis wydającego dokumentację

*zaznaczyć odpowiednią kratkę

**wypełnić w przypadku gdy dokumentacja zostanie dostarczona przesyłką pocztową



Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE) (dalej Rozporządzenie) oraz na podstawie Ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018,poz.1000) informujemy, że:

- 1. Administratorem Państwa danych osobowych jest 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bydgoszczy, ul. Powstańców Warszawy 5,85-681 Bydgoszcz , tel.: 261-417-220, adres e-mail: szpital@10wsk.mil.pl .Może się Pani/Pan kontaktować z nami w następujący sposób: listownie, telefonicznie , email.
- 2. W sprawach związanych z danymi osobowymi proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych w 10 WSzK z P SP ZOZ , e-mail: m.powala@10wsk.mil.pl, tel: 667 671-318;

- 3. Państwa dane osobowe mogą być przetwarzane w celu:
 - a. realizacji czynności urzędowych tj.: Osoba, której dane dotyczą wyraziła zgodę na przetwarzanie danych osobowych w jednym lub większej liczbie określonych celów na podstawie art. 6 ust.1 lit. a Rozporządzenia;
 - b. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy na podstawie art.6 ust.1 lit.b Rozporządzenia;
 - c. wypełniania obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c Rozporządzenia;
 - d. przetwarzanie jest niezbędne do ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą, lub innej osoby fizycznej na podstawie art.6 ust.1 lit. d Rozporządzenia;
 - e. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi na podstawie art.6 ust.1 lit.e Rozporządzenia;

- 4. W związku z przetwarzaniem danych w celu wskazanym powyżej, Państwa dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców. Odbiorcami danych mogą być:
 - a. podmioty upoważnione do odbioru Państwa danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa;
 - b. podmioty, które przetwarzają Państwa dane osobowe w imieniu Administratora, na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (tzw. podmioty przetwarzające).

- 5. Państwa dane osobowe będą przetwarzana przez okres niezbędny do realizacji wskazanego w pkt. 3 celu przetwarzania, w tym również obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z przepisów prawa.

- 6. W związku z przetwarzaniem przez Administratora danych osobowych przysługuje Państwu:
 - a. prawo dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 Rozporządzenia;
 - b. prawo do sprostowania danych, na podstawie art. 16 Rozporządzenia;
 - c. prawo do usunięcia danych, na podstawie art. 17 Rozporządzenia;
 - d. prawo do ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 Rozporządzenia;
 - e. prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, na podstawie art. 21 Rozporządzenia.

- 7. W przypadku, w którym przetwarzanie Państwa danych odbywa się na podstawie zgody (tj. art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia), przysługuje Państwu prawo do cofnięcia jej w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

- 8. Mają Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznają, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia.

- 9. Podanie przez Państwo danych osobowych jest warunkiem realizacji czynności prawnych . Przy czym podanie danych jest:
 - a. obowiązkowe, jeżeli tak zostało to określone w przepisach prawa;
 - b. dobrowolne, jeżeli odbywa się na podstawie Państwa zgody lub ma na celu zawarcie umowy. Konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości realizacji czynności urzędowych lub niezawarcie umowy.

- 10. Państwa dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania