……………………………………………….….. Olsztyn, dnia ..………..………..

Imię i nazwisko

…………………………………………………...

…………………………………………………...

Adres zamieszkania

……………………………………………..……

Adres e-mail **Dyrektor**

**Warmińsko – Mazurskiego Centrum**

**Chorób Płuc w Olsztynie**

**Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej**

Zwracam się z prośbą o **wydanie dokumentacji** medycznej pełnej\*/częściowej\* (należy podać zakres żądanej dokumentacji) ……………………………………………………………………...

……………..……………………………………………….………………………………………………….……

……………………………………………………….………………………………………………………………

sporządzonej w W-MCCP i **dotyczącej pacjenta** (należy podać: obowiązkowo - imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer PESEL, dodatkowo: jeżeli jest znany - numer księgi głównej, nazwa oddziału/poradni, w której pacjent przebywał, okres pobytu) …………………..

………………………………………………………………………………….……………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

**w formie** wyciągu\*, odpisu\*, kserokopii\*, odwzorowania cyfrowego (skanu) na elektronicznym nośniku danych\*, odwzorowania cyfrowego (skanu) oraz w formatach i standardach wydanych na podstawie [art. 11 ust. 1a](https://sip.lex.pl/#/document/17710006?unitId=art(11)ust(1(a))&cm=DOCUMENT) i [1b](https://sip.lex.pl/#/document/17710006?unitId=art(11)ust(1(b))&cm=DOCUMENT) ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 roku o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2020 roku, poz. 702 ze zmianami), a w przypadku ich braku - w standardach HL7 oraz DICOM lub innych standardach i formatach;

wysłanego drogą elektroniczną\* .

Wnoszę o wydanie dokumentacji:

1) w związku z celami leczniczymi, dla zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych\*

2) w celach niezwiązanych z procesem leczenia\*

3) w innych celach (podać) ……………………………………………………………………………..

Oświadczam, że odbiorę dokumentację osobiście\*/wnoszę o przesłanie jej za pośrednictwem Poczty Polskiej\*, przesłanie na adres mailowy\* oraz oświadczam, że pokryję koszty związane z jej wykonaniem oraz wysłaniem, określone przez Warmińsko – Mazurskie Centrum Chorób Płuc w Olsztynie.

……………………...……………..

(Podpis wnioskodawcy)

\* właściwe zakreślić

**Potwierdzenie odbioru**

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej w postaci kserokopii\*, na elektronicznym nośniku danych\*, wysłano mailem\* w dniu ……………………………….

………………………………………. ……………………………………

(Podpis pracownika W-MCCP) (Podpis odbierającego)

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych osób upoważnionych do odbioru dokumentacji medycznej**

Oświadczam, że zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE wyrażam zgodę na przetwarzanie przez administratora, którym jest Warmińsko – Mazurskie Centrum Chorób Płuc w Olsztynie, moich danych osobowych w celu realizacji wniosku o udostepnienie dokumentacji medycznej.

**………….…………………………………..**

(podpis osoby wyrażającej zgodę)

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych podawanych w celu świadczenia usług medycznych jest Warmińsko – Mazurskie Centrum Chorób Płuc w Olsztynie ul. Jagiellońska 78 zwany dalej W-MCChP - reprezentowany przez Dyrektora Wiolettę Śląską – Zyśk.

2. W sprawach związanych z Pani/a danymi proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Klaudia Goclik -mail: [iod@pulmonologia.olsztyn.pl](mailto:iod@pulmonologia.olsztyn.pl),

3. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Zgodnie z art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta do prowadzenia dokumentacji medycznej niezbędne jest podanie co najmniej takich danych jak:

1. imię i nazwisko,  
2. data urodzenia,  
3. oznaczenie płci,  
4. adres miejsca zamieszkania,  
5. numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,  
6. w przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania,  
7. opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.

4. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie niemożność przyjęcia przez W-MCChP celem świadczenia usług medycznych.

5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu świadczenia usług medycznych oraz realizacji obowiązku przechowywania dokumentacji medycznej przez okres wynikający z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta tj. co do zasady 20 lat, skierowania 5 lat. W przypadku ewentualnych roszczeń okres ten może ulec wydłużeniu na podstawie aktualnie obowiązujących przepisów prawa.

6. Pani/Pana dane osobowe nie będą udostępniane osobom nieupoważnionym. Zgodnie z art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. Dokumentacja medyczna może zostać udostępniona również m.in. podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń, a także w przypadkach przewidzianych obowiązującymi przepisami prawa. Dokumentacja medyczna udostępniania jest również organom władzy sądowniczej, prokuraturze oraz Zakładom Ubezpieczeń Społecznych, dostawcom usług IT oraz dostawcom usług wsparcia technicznego i usuwania błędów w systemie informatycznym.

7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo ich poprawiania.

8. Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2 00-193 Warszawa, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.