

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### Dane osoby wnioskującej o udostępnienie dokumentacji:

Imię i Nazwisko: .....

PESEL lub data urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon kontaktowy: .....

### Dane pacjenta, którego dotyczy dokumentacja *(wypełnić w przypadku gdy inne niż powyżej)*

Imię i Nazwisko: .....

PESEL lub data urodzenia: .....

Proszę o:

wydanie **kserokopii dokumentacji medycznej**

sporządzenie i wydanie **odpisu dokumentacji medycznej**

udostępnienie dokumentacji **do wglądu**

za okres od ..... do .....

Cel wydania dokumentacji: .....

Wnioskowaną dokumentację proszę wysłać na wskazany adres

Wnioskowaną dokumentację odbiorę osobiście

Dokumentację proszę wydać osobie upoważnionej przeze mnie na podstawie pisemnego upoważnienia zawierającego co najmniej imię i nazwisko oraz nr dowodu osobistego osoby upoważnionej.

*Oświadczam, iż zapoznałem/am się z obowiązującym w Poradni Lekarza Rodzinnego Pofam Regulaminem Organizacyjnym oraz cennikiem, akceptuję jego postanowienia i zobowiązuję się do poniesienia kosztów związanych z wydaniem kserokopii (odpisu) dokumentacji medycznej (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą zobowiązuję się do pokrycia kosztów wysyłki).*

Wrocław, dnia ..... roku

.....  
podpis wnioskodawcy

## **KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

- 1) Administratorem danych osobowych Pacjentów jest firma Pofam-Poznań Sp. z o.o., przy ul. Lindego 6 w Poznaniu.
- 2) Administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h) RODO, tj. w celu zapewnienia opieki zdrowotnej, co wynika z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
- 3) Dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. laboratorium zewnętrznym, kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych).
- 4) Mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

- 1) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, tj. z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
- 2) Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.
- 3) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celów. Konsekwencją niepodania danych będzie odmowa udzielenia świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej.

Potwierdzenie odbioru wnioskowanej dokumentacji medycznej/wysłania listem poleconym.

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie:

..... nr.....  
(podać nazwę dokumentu tożsamości)

.....  
(podpis osoby odbierającej dokumentację) (podpis pracownika wydającego dokumentację i pieczętka imienna)

Wysłano listem poleconym - nr nadawczy .....dnia .....

.....  
(podpis pracownika wydającego dokumentację i pieczętka imienna)