



**Kompleksowa opieka medyczna**  
**Rehabilitacja**  
**Diagnostyka**  
**Profilaktyka**

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### DANE WNIOSKODAWCY

1. Imię i nazwisko.....
2. PESEL
3. Adres zamieszkania.....  
(kod pocztowy, miejscowość, ulica nr domu, nr mieszkania)  
nr telef. kontaktowego.....

### DANE OSOBY, KTÓREJ DOKUMENTACJA MEDYCZNA DOTYCZY\*

1. Imię i nazwisko.....
  2. PESEL
- Adres zamieszkania.....  
(kod pocztowy, miejscowość, ulica nr domu, nr mieszkania)

### INFORMACJE DOTYCZĄCE UDOSTĘPNIANEJ DOKUMENTACJI :

#### 1. Rodzaj dokumentacji medycznej:

- historia choroby – ( całość),  
 historia choroby- (specjalisty-jakiego?) .....  
 wyniki badań (podać jakie) .....  
 inne .....
- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej (ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw /pacjenta Dz. U. z 2012, poz. 159,t.j.)  
 wgląd do dokumentacji medycznej

#### 2. Odbiór dokumentacji wymienionej

- odbiór osobisty przez wnioskodawcę  
 odbiór dokumentacji przez osobę upoważnioną

Piaseczno, dnia.....201...r.

.....  
czytelny podpis wnioskodawcy

.....  
czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek

### POTWIERDZENIE OTRZYMANIA UPOWAŻNIENIA DO ODBIORU/WGLĄDU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

*Wymagane w przypadku gdy czynności określonych we wniosku nie dokonuje osobiście*

Upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej dla osoby wskazanej we wniosku otrzymano i załączono do dokumentacji dnia

.....  
podpis osoby przyjmującej wniosek



**Kompleksowa opieka medyczna**  
**Rehabilitacja**  
**Diagnostyka**  
**Profilaktyka**

## POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Piaseczno: dnia.....

.....  
czytelny podpis odbierającego

.....  
czytelny podpis, pieczętka osoby wydającej dokumentację

### **Szanowny Pacjencie!**

Zgodnie z Art. 13 ROZPORZĄDZENIA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informujemy, że:

#### **Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:**

Przychodnia Zdrowie Piaseczna (05-500) z siedzibą w Piasecznie przy ul. AL. Kalin 55 tel.: +48 22 750 11 77 ,  
Wszelkie informacje i wątpliwości dotyczące przetwarzania Państwa danych przez Administratora można kierować na adres administratora lub mailowo na adres: [zdrowie@zdrowiepiaseczna.pl](mailto:zdrowie@zdrowiepiaseczna.pl)

#### **Celem przetwarzania danych jest:**

Świadczenie usług medycznych, leczenie pacjentów i zarządzanie udzielaniem usług medycznych.

#### **Podstawy prawne przetwarzania:**

- Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r.;
- Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r.
- Ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia z dnia 28 kwietnia 2011 r.
- Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004r.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania

#### **Zebrane dane będą przechowywane w terminie:**

zgodnym z obowiązującymi przepisami:

- Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r.;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 października 2017 r. w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne

#### **Posiada Pani/Pan prawo do:**

dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania,  
wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych, w przypadku naruszenia przepisów dotyczących ochrony danych osobowych.

#### **Informujemy, że:**

Dane osobowe mogą być przetwarzane przez stosowane przez Administratora oprogramowania a także gdy obowiązek taki wynika z powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest obowiązkowe na podstawie przepisów prawa, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie nie udzielenie świadczenia zdrowotnego.

Administrator nie przekazuje ani nie zamierza przekazywać danych do państw trzecich oraz organizacji międzynarodowych. Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

#### **Przyjmuję do wiadomości**

.....  
(czytelnie imię i nazwisko pacjenta/przedstawiciela ustawowego\*)  
.....

.....  
(data i podpis pacjenta/przedstawiciela  
.....

.....  
(czytelnie imię i nazwisko nieletniego pomiędzy 16-18 r.ż.)  
.....

.....  
( data i podpis nieletniego pomiędzy 16-18 r.ż  
.....