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

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Sposób dostarczenia wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej	**Możliwy sposób odbioru dokumentacji medycznej**
Osobiście lub e-Doręczenie na adres: AE:PL-80751-86947-CVBCG-22	**Osobiście lub e-Doręczenie**

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

IMIĘ i NAZWISKO (*w chwili wykonywania badań*)																					
PESEL												DATA URODZENIA			-			-				
ADRES ZAMIESZKANIA (*aktualny*)																					

Wnioskodawca (*przedstawiciel ustawowy pacjenta (rodzic, opiekun prawny)*

IMIĘ i NAZWISKO																					
PESEL												DATA URODZENIA			-			-				
ADRES ZAMIESZKANIA																					

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

□ wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
□ wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta (rodzic, opiekun prawny) – wymagane **OŚWIADCZENIE *(załącznik nr 1)***

DATA WYKONANIA BADANIA LUB PRZEDZIAŁ CZASOWY W LATACH				
MIEJSCE WYKONANIA BADANIA (*zaznaczyć X właściwy Oddział Laboratoryjny WSSE*)	□ **SZCZECIN**	□ **KOSZALIN**	□ **KAMIEŃ POMORSKI**	□ **SZCZECINEK**

SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI *(zaznaczyć X właściwe):*	*NR TELEFONU*											

□ osobiście	□ przez osobę wskazaną w **UPOWAŻNIENIU DO ODBIORU** DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ***(załącznik nr 2)***	□ na adres e-Doręczenia: .....

Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej i zobowiązuję się do pokrycia ewentualnych kosztów wykonania odpisu zgodnie z obowiązującym cennikiem.

□ *Wyrażam zgodę na przekazanie kopii dokumentacji na adres e-Doręczenia (jeśli dotyczy).*

(data, podpis wnioskodawcy)

Odpłatność za udostępnienie dokumentacji medycznej zgodnie z cennikiem dostępnym na stronie internetowej NFZ https://www.nfz-szczecin.pl/shjxf_dokumentacja_medyczna.htm; płatne przelewem na konto PKO PB: 08 1010 1599 0054 5422 3100 0000.
Opłaty nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej po raz pierwszy.

Klauzula informacyjna

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zachodniopomorski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Szczecinie z siedzibą w Szczecinie przy ul. Spedytorskiej 6/7, zwany dalej Administratorem.
2. 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 oraz pod numerem telefonu: 91 462 40 60 wew. 143, lub pisemnie na adres siedziby.
3. Państwa dane osobowe przetwarzamy w oparciu o art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu udostepnienia dokumentacji medycznej w związku z realizacją obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze na podstawie ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
4. Podanie danych osobowych jest wymogiem wynikającym z pkt. 3 i są Państwo zobowiązani do ich podania. Konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości udostępnienia dokumentacji.
5. 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.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z art.29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
7. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych można uzyskać pod adresem; https://www.gov.pl/web/wsse-szczecin/ochrona-danych-osobowych