

1. Dane pacjenta

Bydgoszcz, dnia

NAZWISKO

IMIĘ

PESEL

Nr paszportu*

* Wpisać w przypadku braku numeru PESEL.

Adres: ulica i numer domu/ mieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy

Nr tel. kontaktowego*

*pole nieobowiązkowe

**Dyrektor
Wojewódzkiej Stacji
Sanitarno-Epidemiologicznej
w Bydgoszczy**

ul. Kujawska 4
85-031 Bydgoszcz

**Wniosek o zmianę danych osobowych w dokumentacji medycznej
(wydanie drugiej wersji sprawozdania)**

2. Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji

- ☐ Wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
- ☐ Wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta (rodzic, opiekun prawny)
- ☐ Wniosek składa osoba posiadająca pisemne upoważnienie przez pacjenta

3. Dane ze sprawozdania:.....

4. Poprawne dane:.....

5. Sposób odbioru dokumentacji medycznej

- ☐ odbiór osobisty
- ☐ przez osobę upoważnioną

(Upoważnienie do pobrania na stronie <https://www.gov.pl/web/wsse-bydgoszcz> -> Co robimy/Badania kliniczne/Materiały)

Zmiana w dokumentacji medycznej następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych, dla tego tożsamość osoby składającej wniosek /odbierającej sprawozdanie zostanie potwierdzona na podstawie przedłożonego do wglądu dokumentu tożsamości.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą RODO umieszczoną na odwrocie. Podając numer telefonu, wyrażam dobrowolną zgodę na wzajemną komunikację w celu ułatwienia kontaktu.

.....
(miejscowość, data)

.....
(imię i nazwisko składającego wniosek)

.....
(podpis składającego wniosek)

6. Potwierdzenie wydania dokumentacji

- ☐ odebrana osobiście przez pacjenta
- ☐ odebrana przez przedstawiciela ustawowego pacjenta
- ☐ odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis pracownika wydającego dokumentację)

Potwierdzam odbiór dokumentacji

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis osoby odbierającej dokumentację)

OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH – informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych

1. W związku z realizacją wniosku o zmianę danych osobowych w dokumentacji medycznej informujemy, że Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny, Dyrektor Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bydgoszczy z siedzibą przy ul. Kujawskiej 4, 85-031 Bydgoszcz, email: sekretariat.wsse.bydgoszcz@sanepid.gov.pl, tel. (+48)52 376 18 00.
 2. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się kontaktować na adres siedziby administratora lub email: iod.wsse.bydgoszcz@sanepid.gov.pl.
 3. Administrator będzie przetwarzał Pani/Pana dane osobowe w celu realizacji obowiązku prawnego (art. 15 oraz art. 16 RODO*) w celu zachowania aktualności danych.
 4. Przysługuje Pani/Panu prawo do:
 - dostępu do danych w szczególności uzyskania potwierdzenia czy Administrator przetwarza Pani/Pana dane osobowe, a jeżeli ma to miejsce, uzyskania dostępu do tych danych,
 - uzyskania kopii swoich danych osobowych podlegających przetwarzaniu, w tym kopii dokumentacji medycznej oraz innych danych osobowych Pacjenta (ale nie wyciągu lub odpisu),
 - żądania sprostowania, uzupełnienia lub aktualizacji swoich danych w dokumentacji medycznej wyłącznie w zakresie w jakim nie będzie prowadzić to do naruszenia autonomii zawodowej osoby wykonującej zawód medyczny, która dokonywała wpisu do dokumentacji medycznej.
- Ma Pani/Pana prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
5. Podanie danych osobowych jest warunkiem realizacji wniosku, a niepodanie danych skutkować będzie brakiem możliwości zmiany lub aktualizacji danych.
 6. Podanie nr telefonu jest dobrowolne i nie ma wpływu na realizację wniosku. Wpisanie nr telefonu oznacza zgodę na wzajemną komunikację do momentu zrealizowania wnioskowanej sprawy lub odwołania zgody, a niepodanie tych danych nie wpłynie na realizację wniosku.
 7. Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom trzecim. Zgodnie z obowiązującym prawem Administrator może przekazywać dane podmiotom przetwarzającym je na zlecenie Administratora na podstawie umów o powierzenie przetwarzania danych osobowych (np. doradcom, audytorom, podmiotom świadczącym usługi IT) oraz innym podmiotom uprawnionym na podstawie obowiązujących przepisów (np. sądy, organy ścigania) – na podstawie posiadającego podstawę prawną żądania.
 8. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w zakresie od 5 lat (zlecenie wykonania badań) do 20 lat (dokumentacja badań laboratoryjnych), od końca roku kalendarzowego, w którym niniejsza usługa medyczna zostanie wykonana, chyba że niezbędny będzie dłuższy okres przetwarzania np.: z uwagi na obowiązki archiwizacyjne, dochodzenie roszczeń lub inne wymagane przepisami prawa powszechnie obowiązującego.
 9. Administrator nie zamierza przekazywać Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
 10. W oparciu o udostępnione dane osobowe Administrator nie będzie podejmował wobec Pani/Pana zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

* 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)”