# WSSE Szczecin, OL w Koszalinie Druk nr 38, wydanie 2, data 27.12.2023 r.

# WOJEWÓDZKA STACJA SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA W SZCZECINIE

# DZIAŁ LABORATORYJNY

# ODDZIAŁ LABORATORYJNY w Koszalinie

75-613 Koszalin ul. Zwycięstwa 136 tel. 94/316-01-17

**UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

następuje na pisemny wniosek, który może złożyć:

* pacjent
* przedstawiciel ustawowy (rodzic lub opiekun prawny)

Sposób złożenia wniosku:

1. w formie elektronicznej na adres: **odpisolk@sanepid.gov.pl**
2. pocztą, na adres oddziału
3. osobiście

# Sposób odbioru dokumentacji medycznej:

# drogą elektroniczną – na adres e-mail wskazany na wniosku, w formie zaszyfrowanego dokumentu

# pocztą - wymagane przesłanie wraz z wnioskiem koperty zaadresowanej do wnioskodawcy i oklejonej znaczkiem pocztowym

# osobiście lub przez osobę upoważnioną we wniosku

# Odpłatność za udostępnienie dokumentacji medycznej zgodnie z cennikiem dostępnym na stronie internetowej WSSE Szczecin; 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.*

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Wnioskodawca *(wypełnić drukowanymi literami):*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| IMIĘ i NAZWISKO  (*w chwili wykonywania badań)* | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | DATA URODZENIA | |  |  | **-** | |  | |  | | **-** | |  | | |  | |  | |  | |
| ADRES ZAMIESZKANIA  (*w chwili wykonywania badań)* | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATA WYKONANIA BADANIA LUB PRZEDZIAŁ CZASOWY W LATACH | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI (zaznaczyć właściwe):* | | | | | | | | | | | | | | | *NR TELEFONU* | | | | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |
| na miejscu:  *…………………………………………………………………………………… dokumentację medyczną odbierze* | | | | | | | | | | | | drogą elektroniczną*:*  *………………………………………….……………………………*  *na adres e-mail* | | | | | | | pocztą (podać adres, jeśli jest inny niż we wniosku): | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej i zobowiązuję się do pokrycia ewentualnych kosztów wykonania odpisu zgodnie z obowiązującym cennikiem.*  *……………………………………………………………………….. (data, czytelny podpis wnioskodawcy)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *(wypełnia pracownik Laboratorium)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATA PRZYJĘCIA WNIOSKU | | | | | | | | | DOKUMENTACJĘ ODNALEZIONO | | | | | | | DATA PRZEKAZANIA ODPISU | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | TAK NIE | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Klauzula informacyjna**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wojewódzka Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna w Szczecinie z siedzibą w Szczecinie przy ul. Spedytorskiej 6/7, zwany dalej Administratorem;  
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](mailto:iod.wsse.szczecin@sanepid.gov.pl) oraz pod numerem telefonu: 91 462 40 60 wew. 143, lub pisemnie na adres siedziby.   
Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu wykonania zlecenia w zakresie badań laboratoryjnych/pomiarów. W przypadku, kiedy wyniki badań wskażą na zagrożenie życia, zdrowia ludzkiego lub środowiska, zleceniobiorca powiadomi o tym fakcie właściwe organy.   
Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zlecenie wykonania badań laboratoryjnych/pomiarów oraz właściwe przepisy prawne regulujące uprawnienia i obowiązki Inspekcji Sanitarnej. Podanie danych jest niezbędne do zawarcia umowy, w przypadku niepodania danych niemożliwe jest zawarcie umowy,

1. 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.

1. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu,
2. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 20 lat.

Szczegółówe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych można uzyskać pod adresem; <https://www.gov.pl/web/wsse-szczecin/ochrona-danych-osobowych>