

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### I. Dane wnioskodawcy

Imię i nazwisko/nazwa podmiotu: .....

PESEL (w przypadku braku – seria i nr dokumentu tożsamości):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres: .....

Numer telefonu, e-mail: .....

### II. Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy

(wypełnić, jeśli wnioskodawcą nie jest pacjent)

Imię i nazwisko: .....

PESEL (w przypadku braku – seria i nr dokumentu tożsamości):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### III. Zakres wnioskowanej dokumentacji

Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej:  po raz pierwszy  kolejny raz

w zakresie wyników badań laboratoryjnych:

do celów sanitarno-epidemiologicznych  inne.....

(wskazać rodzaj badania)

z okresu: .....

(data badania lub przedział czasowy)

### IV. Sposób udostępnienia dokumentacji

Wnoszę o:

odbiór osobisty

wysyłkę pocztą na adres: .....

wysyłkę e-mail: .....

odbiór przez osobę upoważnioną (imię i nazwisko, nr dokumentu tożsamości):

.....

### V. Oświadczenia

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami udostępniania dokumentacji medycznej.
2. Zobowiązuję się do poniesienia kosztów udostępnienia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami i regulaminem organizacyjnym podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych (nie dotyczy pierwszego udostępnienia dokumentacji w danym zakresie).

Zgodnie z art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może pobierać opłatę za udostępnienie dokumentacji, przy czym maksymalna wysokość opłat określona jest w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

### Informacja o bezpłatnym pierwszym udostępnieniu

Zgodnie z art. 28 ust. 2a pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, pierwsze udostępnienie dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu w żądanym zakresie jest bezpłatne.

Osoba niemogąca pisać może złożyć wniosek ustnie – wówczas fakt złożenia wniosku i jego treść utrwała się w dokumentacji medycznej zgodnie z zasadami prowadzenia dokumentacji.

3. Podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą: .....

(czytelny podpis wnioskodawcy / osoby upoważnionej)

## Klauzula informacyjna (RODO)

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 („RODO”) informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Olsztynie, ul. Żołnierska 16, 10-561 Olsztyn; adres e-mail: [wsse.olsztyn@sanepid.gov.pl](mailto:wsse.olsztyn@sanepid.gov.pl); nr tel. 89/524 83 00; NIP: 739-00-10-641; REGON: 291807.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych: [iod.wsse.olsztyn@sanepid.gov.pl](mailto:iod.wsse.olsztyn@sanepid.gov.pl).
3. Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej, w szczególności w celu weryfikacji uprawnienia do dostępu do dokumentacji oraz udostępnienia dokumentacji, na podstawie:
  - art. 6 ust. 1 lit. c RODO – wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na administratorze,
  - art. 9 ust. 2 lit. h RODO – przetwarzanie danych dotyczących zdrowia w związku z zapewnieniem opieki zdrowotnej oraz zarządzaniem systemami i usługami opieki zdrowotnej,
  - ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w szczególności art. 23-28 tej ustawy, dotyczących dokumentacji medycznej.
4. Dane mogą być udostępniane podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa, w szczególności innym podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli jest to niezbędne do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych oraz organom władzy publicznej i innym podmiotom wskazanym w art. 26 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
5. Dane będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa dotyczących przechowywania dokumentacji medycznej.
6. Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo dostępu do danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe i wynika z przepisów prawa regulujących zasady prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej (ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz przepisy wykonawcze); brak ich podania uniemożliwi realizację wniosku.

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy / osoby upoważnionej)

## **POTWIERDZENIE ODBIORU**

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji medycznej.

.....  
(data i podpis odbierającego dokumentację)

## **POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI (wypełnia WSSE w Olsztynie)**

Dokumentacja została:

- wysłana pocztą na wskazany adres/e-mail w dniu: .....
- odebrana osobiście przez pacjenta
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
- upoważnienie w dokumentacji medycznej,
  - upoważnienie w niniejszym wniosku,
  - odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

Naliczono opłaty w wysokości: .....

.....  
(data i podpis pracownika wydającego dokumentację)