

Jarosław, dnia.....

**Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej****Dane przedstawiciela ustawowego lub osoby upoważnionej** (wypełnić jeśli inne niż dane pacjenta):.....  
Imię i nazwisko.....  
Adres zamieszkaniaSpecjalistyczny Psychiatryczny  
Zespół Opieki Zdrowotnej  
im. Prof. Antoniego Kępińskiego w Jarosławiu.....  
Tel. kontaktowy**DANE PACJENTA:**

Imię i nazwisko:.....PESEL.....

Adres zamieszkania – miasto:....., ulica:.....nr:..... kod

pocztowy:....., poczta:.....woj:.....

Tel. Kontaktowy:.....e-mail:.....

**Proszę o sporządzenie i wydanie dokumentacji (właściwe podkreślić):**

kserokopii / wyciągu / odpisu / wglądu / wynik badania (CD) / wydruku/:

**za okres** od.....**do**.....**w formie (właściwe zaznaczyć):**\*Całość  Historia choroby  Karta Informacyjna  Wyniki badań  Zapisy wizyt  Inne z leczenia **w oddziale lub poradni** (nazwa) .....

Oświadczam, iż zapoznałam/ em się z obowiązującym w SPZOZ w Jarosławiu Cennikiem udostępniania dokumentacji medycznej, pisemnych opinii, zaświadczeń oraz informacji o stanie zdrowia\*\*

.....  
*czytelny podpis wnioskodawcy*

Oświadczam, że wnioskowana dokumentacja będzie wykorzystana w celu kontynuacji leczenia\*\*\*

.....  
*czytelny podpis wnioskodawcy*

Upoważniam do odbioru dokumentacji medycznej Panią/ Pana:

.....  
dowód osobisty nr: ..........  
*czytelny podpis wnioskodawcy*

\* właściwe podkreślić

\*\* podst. prawna: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, art. 28 ust. 1 i 4.

\*\*\* podst. prawna: Ustawa o podatku od towarów i usług art. 43 ust. 1 pkt. 18

## Informacje dla Pacjenta lub osoby upoważnionej

Szanowni Państwo

Upzejmie informujemy, iż Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej im. prof. Antoniego Kępińskiego w Jarosławiu przetwarza Pana/Pani dane osobowe. W świetle powyższego pragniemy Pana/Panią poinformować, że:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej im. prof. Antoniego Kępińskiego w Jarosławiu, zwany dalej zamiennie również Szpitalem Regon: 000296638 NIP: 792-18-05-587 KRS: 0000047848
2. Z Administratorem można kontaktować się pisemnie, za pomocą poczty tradycyjnej na adres: 37-500 Jarosław, ul. Kościuszki 18 lub mail: spzoz\_jaroslaw@poczta.onet.pl.
3. Z Inspektorem Ochrony Danych można kontaktować się pisemnie, za pomocą poczty tradycyjnej na adres: 37-500 Jarosław, ul. Kościuszki 18, telefonicznie: +48 16 624 06 56 lub mail: iod@spzozjaroslaw.pl.
4. Pana/Pani dane osobowe są przetwarzane w celu diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej i leczenia na podstawie art. 9 ust. 2 lit h) RODO w związku z art. 3 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej oraz art. 24 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
5. Odbiorcami Pana/Pani danych osobowych będzie - Narodowy Fundusz Zdrowia, Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz inne uprawnione organy państwowe jak również podmioty, z którymi podpisano umowę powierzenia przetwarzania danych.
6. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich.
7. Pana/Pani dane osobowe przechowywane będą przez Administratora przez okres wymagany przepisami prawa.
8. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługują Panu/Pani prawa do:
  - żądania od Administratora dostępu do Pana/Pani danych osobowych,
  - żądania od Administratora sprostowania Pana/Pani danych osobowych,
  - żądania od Administratora usunięcia Pana/Pani danych osobowych,
  - żądania od Administratora ograniczenia przetwarzania Pana/Pani danych osobowych,
  - wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pana/Pani danych osobowych,
  - przenoszenia Pana/Pani danych osobowych,
  - wniesienia skargi do organu nadzorczego.
9. Administrator dokłada wszelkich starań, aby zapewnić skuteczne środki techniczne i organizacyjne do ochrony Pana/Pani danych osobowych przed ich przypadkowym lub nieumyślnym zniszczeniem, utratą, modyfikacją, nieuprawnionym ujawnieniem oraz dostępem.

.....  
Czytelny podpis wnioskodawcy

### Wydanie kopii dokumentacji medycznej

Potwierdzam wydanie kopii dokumentacji medycznej.....

(imię i nazwisko osoby **wydającej**)

Potwierdzam odbiór kopii dokumentacji medycznej .....

( imię i nazwisko osoby **odbierającej**)

.....  
( **data** )

**DRUK DOŁĄCZ DO HISTORII CHOROBY PACJENTA**