

Wałbrzych, dnia .....

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(PESEL)

.....  
(telefon kontaktowy)

Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno -  
Położniczy im. E. Biernackiego w Wałbrzychu

ul. I. Paderewskiego 10  
58 - 301 Wałbrzych

### Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

mojej

dziecka

#### Zwracam się z prośbą o wydanie:

- kserokopii karty informacyjnej.....
- kserokopii wyników badań.....
- kserokopii całości dokumentacji medycznej.....
- inne.....

#### z leczenia w:

- Specjalistycznej Poradni Przyszpitalnej.....ostatnia porada w.....r.
- Szpitalu - Oddział:.....data hospitalizacji od.....do.....
- Izbie Przyjęć (pomoc doraźna), data udzielenia porady.....
- Poradni Nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (pomoc doraźna), data udzielenia porady.....

#### Kopia dokumentacji medycznej potrzebna jest mi w celu\*:

- kontynuacji leczenia
- innym celu

#### Dokumentację medyczną odbiorę (zaznaczyć właściwe):

- osobiście
- upoważniam.....

(imię i nazwisko, nazwa i numer dokumentu tożsamości)

#### **\*UWAGA! POLA SĄ OBOWIĄZKOWE! W PRZYPADKU NIEUZUPEŁNIENIA WNIOSEK NIE ZOSTANIE ROZPATRZONY**

Oświadczam, że ze względu na ochronę danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, przewidziany w art. 26, art. 27 i art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

**W przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii (dotyczy kolejnej kopii dokumentacji).**

**Wyrażam zgodę na wystawienie faktury bez podpisu.**

.....  
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

Zostałam/em poinformowana/y o tym, że: Administratorem moich danych osobowych jest Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno-Położniczy im. E. Biernackiego w Wałbrzychu, ul. I. Paderewskiego 10, 58-301 Wałbrzych. Szpital wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można skontaktować się telefonicznie: 74 88 77 178 lub mailowo: [iod@szpital.walbrzych.pl](mailto:iod@szpital.walbrzych.pl). Poinformowano mnie również o prawie dostępu do moich danych i ich sprostowania, o prawie do żądania: usunięcia, ograniczenia przetwarzania moich danych osobowych oraz o prawie do złożenia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych w przypadku stwierdzenia naruszenia przez Szpital przepisów ochrony danych osobowych, o prawie do informacji o zautomatyzowanym przetwarzaniu danych, w tym profilowaniu. Podanie danych osobowych przez jest niezbędne do realizacji celów zdrowotnych, w tym przypadku w celu udostępnienia dokumentacji medycznej. Przetwarzanie danych dotyczących zdrowia przez Szpital możliwe jest na podstawie art. 9 ust. 2 lit h) 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), a w szczególności w związku z wykonywaniem działalności leczniczej zgodnie z ustawą o działalności leczniczej przy zachowaniu obowiązków wynikających z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dane mogą być udostępniane przez Szpital podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa, w szczególności ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz podmiotom, które przetwarzają dane osobowe pacjentów w imieniu Szpitala na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (tzw. podmioty przetwarzające). Przetwarzane dane osobowe pacjentów są częścią dokumentacji medycznej, a Szpital jest zobowiązany przechowywać dokumentację medyczną zgodnie z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

.....  
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

### Potwierdzenie odbioru

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie:

.....  
(nazwa dokumentu tożsamości)

.....  
(czytelny podpis pracownika  
Działu Rozliczeń Statystyki Medycznej)

Potwierdzam odbiór kserokopii dokumentacji medycznej w dniu.....

.....  
(czytelny podpis pracownika  
Działu Rozliczeń i Statystyki Medycznej)

.....  
(czytelny podpis odbierającego)