……………………………………………….….. Olsztyn, dnia ..………..………..

Imię i nazwisko

…………………………………………………...

…………………………………………………...

Adres zamieszkania

……………………………………………..……

Adres e-mail **Dyrektor**

**Warmińsko – Mazurskiego Centrum**

**Chorób Płuc w Olsztynie**

**Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej**

Zwracam się z prośbą o **wydanie dokumentacji** medycznej pełnej\*/częściowej\* (należy podać zakres żądanej dokumentacji) ……………………………………………………………………...

……………..……………………………………………….………………………………………………….……

……………………………………………………….………………………………………………………………

sporządzonej w W-MCChP i **dotyczącej pacjenta** (należy podać: obowiązkowo - imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer PESEL, dodatkowo: jeżeli jest znany - numer księgi głównej, nazwa oddziału/poradni, w której pacjent przebywał, okres pobytu) …………………..

………………………………………………………………………………….……………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

**w formie** wyciągu\*, odpisu\*, kserokopii\*, odwzorowania cyfrowego (skanu) na elektronicznym nośniku danych\*, odwzorowania cyfrowego (skanu) oraz w formatach i standardach wydanych na podstawie [art. 11 ust. 1a](https://sip.lex.pl/#/document/17710006?unitId=art(11)ust(1(a))&cm=DOCUMENT) i [1b](https://sip.lex.pl/#/document/17710006?unitId=art(11)ust(1(b))&cm=DOCUMENT) ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 roku o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2020 roku, poz. 702 ze zmianami), a w przypadku ich braku - w standardach HL7 oraz DICOM lub innych standardach i formatach;

wysłanego drogą elektroniczną\* .

Wnoszę o wydanie dokumentacji:

1) w związku z celami leczniczymi, dla zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych\*

2) w celach niezwiązanych z procesem leczenia\*

3) w innych celach (podać) ……………………………………………………………………………..

Oświadczam, że odbiorę dokumentację osobiście\*/wnoszę o przesłanie jej za pośrednictwem Poczty Polskiej\*, przesłanie na adres mailowy\* oraz oświadczam, że pokryję koszty związane z jej wykonaniem oraz wysłaniem, określone przez Warmińsko – Mazurskie Centrum Chorób Płuc w Olsztynie.

……………………...……………..

(Podpis wnioskodawcy)

\* właściwe zakreślić

**Potwierdzenie odbioru**

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej w postaci kserokopii\*, na elektronicznym nośniku danych\*, wysłano mailem\* w dniu ……………………………….

………………………………………. ……………………………………

(Podpis pracownika W-MCChP) (Podpis odbierającego)

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych osób upoważnionych do odbioru dokumentacji medycznej**

Oświadczam, że zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE wyrażam zgodę na przetwarzanie przez administratora, którym jest Warmińsko – Mazurskie Centrum Chorób Płuc w Olsztynie, moich danych osobowych w celu realizacji wniosku o udostepnienie dokumentacji medycznej.

**………….…………………………………..**

(podpis osoby wyrażającej zgodę)

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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) (Dz. U. UE. L. z 2016 roku, nr 119) – dalej „RODO”, informuję:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych podanych w karcie historii choroby pacjenta bądź upoważnieniu pacjenta jest Warmińsko – Mazurskie Centrum Chorób Płuc w Olsztynie – reprezentowany przez Dyrektora Wiolettę Śląską – Zyśk.

2. Inspektorem ochrony danych w W-MCChP w Olsztynie jest Magdalena Ponichtera. W celu kontaktu z nim udostępnia się adres e-mail: mponichtera@pulmonologia.olsztyn.pl, tel. 89 532 29 43

3. Dane osobowe będą przetwarzane w celu udostępniania dokumentacji medycznej

zgodnie z upoważnieniem pacjenta i informacji o stanie zdrowia pacjenta.

4. Ma Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych oraz prawo do złożenia oświadczenia o cofnięciu każdej wyrażonej zgody w każdym czasie. Cofnięcie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu udostępniania dokumentacji medycznej i informacji o stanie zdrowia pacjenta zgodnie z upoważnieniem pacjenta, tj. co do zasady 20 lat. W przypadku ewentualnych roszczeń okres ten może ulec wydłużeniu na podstawie aktualnie obowiązujących przepisów prawa.

7. W razie konieczności dane mogą być udostępniane dostawcom usług IT oraz dostawcom usług wsparcia technicznego i usuwania błędów w systemie informatycznym oraz innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.

8. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany.

9. Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, t.j. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2 00-193 Warszawa, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.