

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. DANE PODMIOTU LECZNICZEGO:

STOMATOLOGIA BEZ BÓLU SP. Z O.O. adres: ul. Burakowska 5/7, 01-066 Warszawa

MIEJSCE UDZIELENIA ŚWIADCZENIA - ZAKŁAD LECZNICZY:

STOMATOLOGIA BEZ BÓLU al. Wojska Polskiego 30A, 58-500 Jelenia Góra

2. DANE WNIOSKODAWCY:

- a. Imię i nazwisko –
- b. Nr PESEL –
- c. Adres –
- d. Nr telefonu –
- e. Adres e-mail –

3. DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK (NALEŻY UZUPEŁNIĆ WYŁĄCZNIE, JEŚLI WNIOSEK SKŁADA OSOBA INNA NIŻ PACJENT, KTÓREGO DOTYCZY DOKUMENTACJA):

- a. Imię i nazwisko –
- b. Nr PESEL –
- c. Adres –
- d. Nr telefonu –
- e. Adres e-mail –

4. TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ OBJĘTEJ WNIOSKIEM (NALEŻY UZUPEŁNIĆ WYŁĄCZNIE, JEŚLI WNIOSEK SKŁADA OSOBA INNA NIŻ PACJENT, KTÓREGO DOTYCZY DOKUMENTACJA):

- ☐ wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta
- ☐ wniosek składa osoba upoważniona przez pacjenta
- ☐ wniosek składa inny podmiot uprawniony z mocy obowiązujących przepisów prawa – tj.
..... (należy uzupełnić)

5. ZAKRES UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (NALEŻY ZAZNACZYĆ I UZUPEŁNIĆ WŁAŚCIWE):

- ☐ okres od do
- ☐ całość okresu leczenia pacjenta w podmiocie leczniczym
- ☐ zdjęcia pantomograficzne
 - ☐ wszystkie
 - ☐ za okres od do
- ☐ zdjęcia RTG
 - ☐ wszystkie
 - ☐ za okres od do
- ☐ zdjęcia tomograficzne
 - ☐ wszystkie
 - ☐ za okres od do
- ☐ zdjęcia z kamery wewnątrzustnej
 - ☐ wszystkie
 - ☐ za okres od do
- ☐ skan wewnątrzustny
 - ☐ wszystkie
 - ☐ za okres od do

- ☐ zdjęcia profilowe
 - ☐ wszystkie
 - ☐ za okres od do
- ☐ zdjęcia cefalometryczne
 - ☐ wszystkie
 - ☐ za okres od do
- ☐ inne – tj. (należy uzupełnić)

6. SPOSÓB UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ I OPŁATY (NALEŻY ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE):

Udostępnianie dokumentacji medycznej na wniosek pacjenta, którego dokumentacja dotyczy, lub jego przedstawiciela ustawowego po raz pierwszy (w całości lub danego zakresu) jest bezpłatne. Poniższe koszty udostępnienia dokumentacji medycznej dotyczą ponownego udostępnienia tego samego zakresu lub całości udostępnionej już wcześniej dokumentacji medycznej. Opłaty nie są pobierane w przypadkach przewidzianych w obowiązujących przepisach prawa.

- ☐ do wglądu w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych (w terminie wcześniej uzgodnionym) – BEZPŁATNIE
- ☐ w postaci wyciągu (tj. skrótowy dokument zawierający wybrane informacje lub dane z całości dokumentacji medycznej) – 11,99 zł za 1 stronę
- ☐ w postaci odpisu (tj. dokument wytworzony przez przepisanie tekstu z oryginału dokumentacji medycznej z wiernym zachowaniem zgodności co do treści z oryginałem) – 11,99 zł za 1 stronę
- ☐ w postaci kopii (tj. dokument wytworzony przez odwzorowanie oryginału dokumentacji medycznej, w formie kserokopii albo odwzorowania cyfrowego – skanu) – 0,42 zł za 1 stronę
- ☐ w postaci wydruku (dotyczy dokumentacji medycznej prowadzonej w formie elektronicznej) – 0,42 zł za 1 stronę
- ☐ za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej - BEZPŁATNIE
- ☐ na elektronicznym nośniku danych (dot. dokumentacji elektronicznej) – 2,39 zł
- ☐ wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta – BEZPŁATNIE
- ☐ wydanie zdjęć rentgenowskich wykonanych na kliszy za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu – BEZPŁATNIE

7. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (NALEŻY ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE):

- ☐ osobiście
- ☐ na adres korespondencyjny wskazany w pkt 2 lit. c niniejszego wniosku
- ☐ na adres e-mail wskazany w pkt 2 lit. e niniejszego wniosku

8. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY:

Działając w imieniu własnym, niniejszym oświadczam, że:

- 1) wszystkie dane i informacje podane przeze mnie w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą, kompletne i prawidłowe, a podmiot medyczny dokonał ich weryfikacji;
- 2) zapoznałem się i akceptuję Regulamin Organizacyjny podmiotu leczniczego – Stomatologia Bez Bólu Sp. z o.o. w zakresie sposobu udostępniania dokumentacji medycznej i należnych z tego tytułu opłat (regulamin ten dostępny jest: w recepcji podmiotu leczniczego – na żądanie pacjenta, na stronie internetowej ww. podmiotu leczniczego – pod adresem: sbb@stomatologiabezbolu.pl);
- 3) zobowiązuję się do pokrycia kosztów udostępnienia dokumentacji medycznej w zakresie objętym niniejszym wnioskiem (jeśli dotyczy);
- 4) przyjmuję do wiadomości, że w przypadku nieodebrania dokumentacji medycznej w ciągu 3 miesięcy od upływu terminu wskazanego w pkt 6 poniżej, sporządzony na mój wniosek wyciąg, odpis, wydruk lub kopia zostaną zniszczone (dot. odbioru osobistego);

- 5) zostałem poinformowany, że złożenie wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej w niniejszej formie jest dobrowolne – wiem, że wniosek mogę złożyć bez zastosowania niniejszego formularza;
- 6) zostałem poinformowany, że dokumentacja medyczna wydawana jest w najbliższym możliwym terminie, uzgodnionym przez Wnioskodawcę z podmiotem leczniczym, jednak nie później niż 14 dni od daty złożenia wniosku;
- 7) oświadczam, iż zapoznałem/am się z informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych i otrzymałem/am egzemplarz tej informacji

9. PODSTAWY PRAWNE UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

1. ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r., poz. 633)
2. ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849 ze zm.)
3. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2020 r., poz. 666 ze zm.)
4. ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1781 ze zm.)
5. Rozporządzenie 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) (Dz. Urz. UE. L Nr 119, str. 1)

W celu ustalenia uprawnienia do uzyskania dostępu do dokumentacji medycznej w zakresie określonym niniejszym wnioskiem okazano następujące dokumenty: (należy uzupełnić).

.....
(data i podpis osoby przyjmującej wniosek)

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

.....
.....
.....

POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

.....

(miejscowość, data)

na wniosek (dane wnioskodawcy)

z dnia (data wpływu)

wydana została dokumentacja medyczna w następującym zakresie *:

☐ pełnym zakresie określonym we wniosku;

☐ innym – tj. (należy uzupełnić)

z następujących przyczyn : (należy uzupełnić)

Ww. dokumentację udostępniono w następujący sposób *:

☐ do wglądu w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych w dniu

☐ w postaci wyciągu (ilość stron –)

☐ w postaci odpisu (ilość stron –)

☐ w postaci kopii (ilość stron –)

☐ w postaci wydruku (ilość stron –)

☐ za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej

☐ na elektronicznym nośniku danych – tj.

☐ wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta

☐ wydanie zdjęć rentgenowskich wykonanych na kliszy za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu

Tożsamość osoby uzyskującej dostęp do dokumentacji medycznej potwierdzono na podstawie:

Danych z wniosku: imię i nazwisko: PESEL:

oraz udostępnionego do wglądu dokumentu tożsamości

*** - należy uzupełnić i/lub zaznaczyć odpowiednie pola**

.....

(czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

.....

(czytelny podpis osoby wydającej dokumentację)

**Informacja dla Wnioskodawcy dotycząca przetwarzania danych osobowych
przez Stomatologia Bez Bólu Sp. z o.o., ul. Burakowska 5/7, 01-066 Warszawa**

Stosownie do wymogów 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, Dz. Urz. UE L 119/1 z dnia 4 maja 2016 r., dalej: „**RODO**”), Stomatologia Bez Bólu Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, KRS: 0000857372, NIP: 5272934908, REGON:386886846, adres siedziby: ul. Burakowska 5/7, 01-066 Warszawa, adres korespondencyjny: al. Wojska Polskiego 30A, 58-500 Jelenia Góra (dalej: „**Administrator**”), informuje, iż:

1. Jest administratorem danych osobowych Wnioskodawcy w celu realizacji obowiązku prawnego polegającego na rozpatrzeniu złożonego wniosku o wydanie dokumentacji medycznej i jej wydaniu (art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zw. z przepisami z zakresu prawa medycznego).
2. Dane kontaktowe Administratora:
 - 1) Numer telefonu: +48 75 642 45 58
 - 2) adres email: sbb@stomatologiabezbolu.pl
3. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych wyznaczonego w organizacji Administratora: adres email: iod@stomatologiabezbolu.pl
4. Dane osób wskazanych w pkt. 1 powyżej są dostępne dla następujących podmiotów:
 - 1) dostawcy usług techniczno-organizacyjnych oraz informatycznych.
5. Dane będą przechowywane przez następujące okres wymagany dla przechowywania dokumentacji medycznej.
6. Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo do złożenia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w przypadku uznania, iż Administrator przetwarza dane takiej osoby z naruszeniem przepisów RODO.
7. Na warunkach wynikających z RODO, osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo: dostępu do danych, sprostowania danych, usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania danych, a także prawo zgłoszenia sprzeciwu.
8. Podanie danych jest niezbędne w celu wydania dokumentacji i stanowi obowiązek prawny. Brak podania danych uniemożliwia wydanie dokumentacji.
9. Dane nie ulegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym nie są profilowane w rozumieniu RODO.

Administrator danych
