

### UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

#### Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy

Imię i nazwisko	
Nr PESEL (lub data urodzenia, jeśli brak nr. PESEL)	

#### Dane osoby wnioskującej o udostępnienie dokumentacji medycznej

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osoby pisemnie upoważnionej	
Nazwa, numer, seria dokumentu potwierdzającego tożsamość	
Adres zamieszkania	
Numer telefonu kontaktowego	Adres e-mail

#### Zakres dokumentacji medycznej do udostępnienia<sup>1</sup>

Pełna dokumentacja medyczna we wskazanym okresie leczenia	
Wybrane dokumenty (jakie?)	
Nazwa oddziału szpitalnego / poradni specjalistycznej / pracowni diagnostycznej	
Za okres od:	do:

#### Preferowana forma przygotowania dokumentacji do udostępnienia<sup>1,2</sup>

dokumentacja do wglądu w placówce	kserokopia/wydruk
skan zapisany na informatycznym nośniku danych	skan przesłany pocztą elektroniczną
kopia wyniku badania obrazowego na płycie CD/DVD	wyciąg
odpis	inna:

#### Preferowany sposób odbioru dokumentacji medycznej<sup>1,2</sup>

odbiorę osobiście w placówce (za okazaniem dokumentu tożsamości)	
proszę o wysłanie pocztą za potwierdzeniem odbioru (przesyłka pobraniowa) na poniższy adres	
proszę o przesłanie pocztą elektroniczną w formie zaszyfrowanego pliku na poniższy adres mailowy	
odbierze wskazana poniżej osoba przeze mnie upoważniona (za okazaniem dokumentu tożsamości)	
Imię i nazwisko osoby upoważnionej	
Nazwa i numer (seria) dokumentu, potwierdzającego tożsamość	

#### Autoryzacja

Miejscowość, data	Czytelny podpis (imię i nazwisko wnioskującego lub pracownika przyjmującego wniosek ustny/ drogą telefoniczną/e-mail)
-------------------	---

<sup>1</sup>Wybór należy zaznaczyć, klikając w kratkę przed wybraną opcją (pojawi się znak „X”) lub ręcznie wpisując w kratce znak „X” na wydruku. <sup>2</sup>Udostępnienie dokumentacji do wglądu na miejscu, po uprzednim uzgodnieniu terminu oraz udostępnienie dokumentacji po raz pierwszy w żądanym zakresie jest bezpłatne. W przypadku udostępnienia dokumentacji po raz kolejny w żądanym zakresie poprzez sporządzenie kopii, wydruku, odpisu, wyciągu, pliku zapisanego na informatycznym nośniku danych, pobierana jest opłata zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Koszt wysłania dokumentacji pocztą ponosi odbierający.

Dokumentacja medyczna jest udostępniana na żądanie pacjenta/przedstawiciela ustawowego pacjenta (osoby upoważnionej) lub innych uprawnionych osób, organów i podmiotów, zgodnie z zapisami Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 06.11.2008 r. Po upływie okresów przechowywania określonych w Ustawie dokumentacja medyczna może być wydana pacjentowi/przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej. Kontakt w sprawie dokumentacji archiwalnej: Dział Statystyki i Dokumentacji Medycznej Tel: (+48) 52 32 62 285; (+48) 500 063 060; E-mail: dokumentacjamedyczna@wsd.org.pl.

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy, który przetwarza Pani/Pana dane w celu realizacji obowiązków i zadań ciążących na Administratorze, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami (w tym: Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r., ustawą o działalności leczniczej, ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a także ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentyisty). Pełna wersja klauzuli informacyjnej dostępna jest u Administratora Danych na stronie internetowej [www.wsd.org.pl](http://www.wsd.org.pl). Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych: [iod@wsd.org.pl](mailto:iod@wsd.org.pl).

**WERYFIKACJA WNIOSKU I POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ** (wypełnia pracownik szpitala)

Weryfikacja wniosku	
Data weryfikacji wniosku	
Uzgodniony termin odbioru/wysyłki/udostępnienia dokumentacji do wglądu	
Komentarz (uzasadnienie odmowy/inne uwagi)	
<b>Data</b>	<b>Pieczętka i podpis pracownika</b>

Zakres udostępnionej dokumentacji medycznej <sup>1</sup>	
Historia choroby nr/rok	
Dokumentacja medyczna poradni	
Wynik badania diagnostycznego	
Inny (jaki?)	

Sposób udostępnienia dokumentacji medycznej <sup>1</sup>	
Wgląd w dokumentację przez wnioskującego lub osobę upoważnioną w placówce	
Odebrana osobiście przez wnioskującego lub osobę upoważnioną - łączna liczba stron:	
W przypadku wglądu/odbioru przez osobę upoważnioną:	
<input type="checkbox"/>	upoważnienie w niniejszym wniosku
<input type="checkbox"/>	odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku)
<input type="checkbox"/>	upoważnienie w dokumentacji medycznej
Wysłana pocztą na wskazany adres - łączna liczba stron:	
Wysłana pocztą elektroniczną na wskazany adres - łączna liczba stron:	
Inny:	
Dokumentację udostępniono <sup>1,2</sup>	
Nieodpłatnie	
Naliczono opłaty zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w kwocie:	
Komentarz/uzasadnienie w przypadku nieudostępnienia/inne uwagi	
<b>Data</b>	<b>Pieczętka i podpis pracownika udostępniającego dokumentację</b>

**POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ** (wypełnia wnioskujący/osoba upoważniona)

Potwierdzam udostępnienie dokumentacji	
<b>Data</b>	<b>Czytelny podpis wnioskującego/osoby upoważnionej</b> (nie dotyczy udostępnienia w formie wysyłki pocztą lub e-mail)

<sup>1</sup>Wybór należy zaznaczyć, klikając w kratkę przed wybraną opcją (pojawi się znak „X”) lub ręcznie wpisując w kratce znak „X” na wydruku. <sup>2</sup>Udostępnienie dokumentacji do wglądu na miejscu, po uprzednim uzgodnieniu terminu oraz udostępnienie dokumentacji po raz pierwszy w żdanym zakresie jest bezpłatne. W przypadku udostępnienia dokumentacji po raz kolejny w żdanym zakresie poprzez sporządzenie kopii, wydruku, odpisu, wyciągu, pliku zapisanego na informatycznym nośniku danych, pobierana jest opłata zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Koszt wysłania dokumentacji pocztą ponosi odbierający.

Dokumentacja medyczna jest udostępniana na żądanie pacjenta/przedstawiciela ustawowego pacjenta (osoby upoważnionej) lub innych uprawnionych osób, organów i podmiotów, zgodnie z zapisami Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 06.11.2008 r. Po upływie okresów przechowywania określonych w Ustawie dokumentacja medyczna może być wydana pacjentowi/przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej. Kontakt w sprawie dokumentacji archiwalnej: Dział Statystyki i Dokumentacji Medycznej Tel: (+48) 52 32 62 285; (+48) 500 063 060; E-mail: dokumentacjamedyczna@wsd.org.pl.

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy, który przetwarza Pani/Pana dane w celu realizacji obowiązków i zadań ciążących na Administratorze, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami (w tym: Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r., ustawą o działalności leczniczej, ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a także ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentystry). Pełna wersja klauzuli informacyjnej dostępna jest u Administratora Danych na stronie internetowej [www.wsd.org.pl](http://www.wsd.org.pl). Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych: [iod@wsd.org.pl](mailto:iod@wsd.org.pl).