



Do Dyrekcji MSCZ

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. DANE WNIOSKODAWCY

Imię/imiona i nazwisko:

Imiona rodziców: Nr telefonu:

Adres zamieszkania:

PESEL												
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

WNIOSKODAWCA jest (zaznaczyć właściwe):

- ☐ Pacjentem ☐ Przedstawicielem ustawowym Pacjenta
☐ Osobą upoważnioną przez Pacjenta ☐ Osobą bliską dla zmarłego Pacjenta

2. DANE PACJENTA (*należy wpisać dane pacjenta, jeśli wnioskodawcą nie jest pacjent):

Imię/imiona i nazwisko:

Imiona rodziców: Nr telefonu:

Adres zamieszkania:

PESEL												
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. WNIOSKUJĘ O:

- ☐ kopię dokumentacji medycznej ☐ wgląd w dokumentację medyczną ☐ inne:

Zakres wnioskowanej dokumentacji:

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

- ☐ proszę o potwierdzenie za zgodność z oryginałem

4. SPOSÓB ODBIORU:

- ☐ odbiorę osobiście
☐ proszę o przesłanie na wskazany adres:
☐ odbierze osobiście osoba pisemnie przeze mnie upoważniona

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów udostępnienia w/w, wg stawki określonej na podstawie art. 28 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 poz. 581 jt.).

Pruszków, dnia

Czytelny podpis wnioskodawcy:

POTWIERDZENIE DANYCH OSOBOWYCH WNIOSKODAWCY
NA PODSTAWIE OKAZANEGO DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

.....
Czytelny podpis pracownika MSCZ

UPOWAŻNIENIE

Do odbioru wnioskowanej dokumentacji medycznej upoważniam niżej wymienioną osobę*:

Imię/imiiona i nazwisko:

PESEL																			
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

* przy odbiorze osoba upoważniona musi okazać się dokumentem tożsamości

Pruszków, dnia

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE

Potwierdzam (zaznaczyć właściwe):

- ☐ odbiór dokumentacji medycznej ☐ wgląd w dokumentację medyczną

Pruszków, dnia

.....
Czytelny podpis odbierającego/wnioskodawcy

ADNOTACJA PRACOWNIKA MSCZ

Potwierdzam (zaznaczyć właściwe):

- ☐ wydanie dokumentacji medycznej ☐ okazanie dokumentacji medycznej do wglądu
☐ dane osobowe odbierającego/wnioskodawcy na podstawie dokumentu tożsamości

.....
Czytelny podpis pracownika MSCZ

Informacja dot. przetwarzania danych osobowych osób składających wnioski o udostępnienie dokumentacji medycznej

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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, dalej jako RODO) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, z późn. zm.), informujemy, iż:

1. **Administrator danych osobowych**
Administratorem państwa danych osobowych jest Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicza z siedzibą przy ul. Partyzantów 2/4, 05-802 Pruszków, reprezentowane przez Dyrektora. Z Administratorem może się Pani/Pan skontaktować poprzez adres e-mail: sekretariat@mscz.pl, telefonicznie: tel. 22 739 10 35 lub pisemnie na adres korespondencyjny Szpitala.

2. **Inspektor ochrony danych**
Administratorem wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym może się Pani/Pan skontaktować w sprawach ochrony i przetwarzania swoich danych osobowych pod adresem e-mail: sekretariat@mscz.pl lub pisemnie na adres naszej siedziby, wskazany w ust. 1.

3. **Cele i podstawy prawne przetwarzania**
Jako Administrator będziemy przetwarzać Pani/Pana dane osobowe w celu prowadzenia spraw związanych z uprawnieniem do udostępnienia dokumentacji medycznej. Podstawą pozyskania i przetwarzania przez Administratora Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO. Oznacza to, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane, kiedy przetwarzanie będzie niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze. Obowiązki te wynikają z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

4. **Okres przetwarzania danych**
Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania oraz przez okres przewidziany przepisami prawa w tym zakresie, w tym przez okres przechowywania dokumentacji określony w przepisach powszechnych i uregulowaniach wewnętrznych Administratora, tj. w trybie art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

5. **Odbiór danych**
Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym podmiotom, jeżeli obowiązek taki będzie wynikać z przepisów prawa.
Do Pani/Pana danych mogą też mieć dostęp podmioty przetwarzające dane w imieniu Administratora, np. usługi informatyczne, usługi archiwizacji i niszczenia dokumentów, jak również inni administratorzy danych osobowych przetwarzający dane we własnym imieniu np.: Poczta Polska lub obsługa prawna.

6. **Prawa osób, których dane dotyczą:**
Zgodnie z RODO przysługuje Pani/Panu:

- prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz otrzymania ich kopii – każda osoba, której dane przetwarzamy jest uprawniona do uzyskania informacji o swoich danych osobowych zgodnie z art. 15 RODO;
- prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych – w przypadku, gdy dane osobowe przetwarzane przez Administratora są nieprawidłowe lub niekompletne to każda osoba, której dane dotyczą może żądać odpowiednio ich poprawienia lub uzupełnienia zgodnie z art. 16 RODO;
- ograniczenia przetwarzania danych osobowych – z ważnych przyczyn, np.: kwestionowanie legalności przetwarzania danych osobowych, zgodnie z art. 18 RODO;

Jeżeli chce Pani/Pan skorzystać z któregośkolwiek z tych uprawnień prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, który został wskazany w ust. 2 lub pisemnie na adres korespondencyjny, wskazany w ust. 1. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego na niezgodne z RODO przetwarzanie Pani/Panu danych osobowych. Organem właściwym dla ww. skargi jest: Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

7. **Informacja o wymogu dobrowolności podania danych osobowych**
Podanie przez Panią/Pana danych osobowych ma charakter dobrowolny. Zasady ich pozyskania są uregulowane w/w przepisach.