



Mszczonów, dnia

Wniosek o wydanie kopii dokumentacji medycznej

nr/ROK 2024

1. Dokumentacja medyczna dotyczy Pacjenta

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer telefonu kontaktowego

2. Rodzaj udostępnienia dokumentacji medycznej

- xero dokumentacji medycznej uwierzytelnionej/ nie uwierzytelnionej*
- z wynikami badań/ bez wyników badań*
- możliwość samodzielnego wykonania zdjęć dokumentacji medycznej*
- w okresie
- w związku z celami leczniczymi, dla zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych/ w celach niezwiązanych z procesem leczenia i zapewnieniem ciągłości świadczeń zdrowotnych*

3. Wnioskodawca**

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Ilość stron

5. Wniesiono opłatę gotówką/kartą w wysokości złotych

* niepotrzebne skreślić

** Wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawca zwraca się o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta

Potwierdzenie odbioru

KLAUZULA INFORMACYJNA RODO DLA PACJENTÓW CENTRUM MEDYCZNEGO BIMED

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

- 1) administratorem danych osobowych **Pacjentów** jest Centrum Medyczne BIMED, mail: przychodnia@bimed.com.pl
- 2) administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie:
 - a) art. 9 ust. 2 lit. h) RODO, tj. w celu zapewnienia opieki zdrowotnej, co wynika z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 3) dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. laboratorium zewnętrznym, dostawcą oprogramowania);
- 4) administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 5) mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

- 1) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres:
 - a) wynikający z przepisów prawa, tj. z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
 - b) wynikający z przepisów prawa, tj. z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r o rachunkowości;
- 2) przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- 3) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celów. Konsekwencją niepodania danych będzie odmowa udzielenia świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej;
- 4) administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

.....

(czytelny podpis osoby odbierającej)

.....

(data, podpis osoby wydającej)