

## WNIOSEK

### o udostępnienie danych lub dokumentacji medycznej

Wniosek może dotyczyć jednej albo obu ścieżek: dokumentacji medycznej oraz praw do danych osobowych.

Administrator: Hospicjum im. św. Józefa. Zespół Opieki Paliatywnej w Raciborzu | IOD: dr Elżbieta Kania, iod@hospicjumraciborz.pl

### 1. Dane pacjenta / osoby, której dotyczą dane

|                         |                                                                                   |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Imię i nazwisko         | wpisać pełne imię i nazwisko                                                      |
| PESEL                   | jeżeli nie nadano PESEL — data urodzenia oraz rodzaj i numer dokumentu tożsamości |
| Adres do korespondencji | wypełnić, jeżeli odpowiedź lub dokumentacja ma być wysłana pocztą                 |
| Kontakt                 | telefon i/lub e-mail — podanie dobrowolne, ułatwia uzgodnienie realizacji         |

### 2. Dane wnioskodawcy i podstawa uprawnienia

Jeżeli wniosek składa pacjent / osoba, której dane dotyczą, wystarczy zaznaczyć pierwszą opcję.

- |                                                                          |                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> pacjent / osoba, której dane dotyczą            | <input type="checkbox"/> przedstawiciel ustawowy          |
| <input type="checkbox"/> osoba upoważniona lub pełnomocnik               | <input type="checkbox"/> osoba bliska po śmierci pacjenta |
| <input type="checkbox"/> organ lub podmiot uprawniony na podstawie prawa | <input type="checkbox"/> inna podstawa: .....             |

|                         |                                                                                                                         |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Imię i nazwisko / nazwa | wypełnić, jeżeli wnioskodawcą nie jest pacjent / osoba, której dane dotyczą                                             |
| Adres i kontakt         | adres do korespondencji, telefon lub e-mail                                                                             |
| Uprawnienie             | rodzaj upoważnienia, pełnomocnictwa, przedstawicielstwa albo podstawa ustawowa; dokument dołączyć, jeżeli jest wymagany |

### 3. Zakres wniosku

#### A. Dokumentacja medyczna — zaznaczyć żądany sposób udostępnienia

- |                                                                             |                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> wgląd na miejscu (z możliwością notatek lub zdjęć) | <input type="checkbox"/> wyciąg albo odpis                      |
| <input type="checkbox"/> kopia albo wydruk                                  | <input type="checkbox"/> kopia elektroniczna / skan             |
| <input type="checkbox"/> informatyczny nośnik danych                        | <input type="checkbox"/> inny sposób przewidziany prawem: ..... |

|                    |                                                                                                                        |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Okres dokumentacji | od ..... do ..... / całość                                                                                             |
| Zakres             | np. historia choroby, karta zleceń, wyniki badań, konsultacje, dokumentacja pielęgnacyjna, wskazana poradnia lub pobyt |

**B. Dane osobowe — żądanie na podstawie RODO**

- |                                                                            |                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> dostęp do danych i informacje o przetwarzaniu     | <input type="checkbox"/> kopia danych osobowych                 |
| <input type="checkbox"/> sprostowanie lub uzupełnienie danych              | <input type="checkbox"/> ograniczenie przetwarzania             |
| <input type="checkbox"/> usunięcie danych — jeżeli spełnione są przesłanki | <input type="checkbox"/> sprzeciw — jeżeli ma zastosowanie      |
| <input type="checkbox"/> przenoszenie danych — jeżeli ma zastosowanie      | <input type="checkbox"/> informacja o odbiorcach / inne żądanie |

**Opis żądania RODO***wskazać dane, operację, okres lub okoliczności potrzebne do rozpatrzenia wniosku***4. Sposób udostępnienia lub przekazania odpowiedzi**

- |                                                                   |                                                             |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> wgląd na miejscu — termin do uzgodnienia | <input type="checkbox"/> odbiór osobisty kopii / wydruku    |
| <input type="checkbox"/> przesyłka pocztowa na wskazany adres     | <input type="checkbox"/> bezpieczna wiadomość elektroniczna |
| <input type="checkbox"/> informatyczny nośnik danych              | <input type="checkbox"/> inny uzgodniony bezpieczny sposób  |

**Adres / e-mail do przekazania***wypełnić odpowiednio do zaznaczonego sposobu***Osoba odbierająca***imię i nazwisko, jeżeli dokumentację odbierze inna osoba; dołączyć upoważnienie, jeżeli jest wymagane***5. Załączniki i informacje uzupełniające**

- |                                                                                                |                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> bez załączników — wniosek składa pacjent / osoba, której dane dotyczą | <input type="checkbox"/> upoważnienie lub pełnomocnictwo                   |
| <input type="checkbox"/> dokument potwierdzający przedstawicielstwo ustawowe                   | <input type="checkbox"/> dokument potwierdzający inną podstawę uprawnienia |

**Inne załączniki***wymienić dokumenty***Informacje dodatkowe***np. prośba o pilną realizację ze względu na ciągłość leczenia; nie ma obowiązku podawania celu***6. Oświadczenie i podpis**

Potwierdzam prawdziwość podanych danych oraz przyjmuję do wiadomości, że przed udostępnieniem danych lub dokumentacji Hospicjum zweryfikuje moją tożsamość i — jeżeli dotyczy — podstawę uprawnienia.

**Miejscowość i data****Czytelny podpis***wnioskodawcy albo osoby uprawnionej*

**Dokumentacja medyczna.** Jest udostępniana bez zbędnej zwłoki. Nie trzeba podawać celu wniosku. Wgląd na miejscu jest bezpłatny.

**Opłaty.** Pierwsze udostępnienie w żądanym zakresie i ustawowo wskazanej formie jest dla pacjenta bezpłatne, również gdy działa on przez osobę upoważnioną lub pełnomocnika. Za ponowne kopie oraz koszty przesyłki może zostać naliczona opłata zgodna z przepisami.

**Prawa z RODO.** Odpowiedź jest udzielana bez zbędnej zwłoki, co do zasady w ciągu miesiąca; w przypadkach przewidzianych prawem termin może zostać przedłużony. Poszczególne prawa mają zastosowanie po spełnieniu ich ustawowych przesłanek.

**Weryfikacja.** Hospicjum może poprosić o informacje niezbędne do potwierdzenia tożsamości lub uprawnienia, z poszanowaniem zasady minimalizacji danych.

*Podstawa: art. 26–28 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, § 70 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej oraz art. 12 i 15–22 RODO.*

## DO WYPEŁNIENIA PRZEZ HOSPICIJUM

|                   |                                             |                      |                                       |
|-------------------|---------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------|
| Data wpływu       |                                             | Nr sprawy / rejestru |                                       |
| Kanał wpływu      | <i>osobiście / poczta / e-mail / inny</i>   | Ścieżka              | <i>dokumentacja / RODO / mieszana</i> |
| Termin realizacji | <i>data / przedłużenie i jego przyczyna</i> | Opłata / wysyłka     | <i>nie dotyczy / kwota / podstawa</i> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> tożsamość i uprawnienie zweryfikowano<br><input type="checkbox"/> pierwsze udostępnienie w żądanym zakresie<br><input type="checkbox"/> zrealizowano w całości<br><input type="checkbox"/> odmówiono / ograniczono — wymaga uzasadnienia | <input type="checkbox"/> wezwano do uzupełnienia / wyjaśnienia<br><input type="checkbox"/> ponowne udostępnienie w tym samym zakresie<br><input type="checkbox"/> zrealizowano częściowo<br><input type="checkbox"/> wniosek wycofano / pozostawiono bez dalszego biegu |
| Weryfikacja / podstawa                                                                                                                                                                                                                                            | <i>odnotować sposób weryfikacji bez kopiowania pełnego dokumentu tożsamości, jeżeli nie jest to niezbędne</i>                                                                                                                                                           |
| Zakres decyzji / uzasadnienie                                                                                                                                                                                                                                     | <i>w szczególności przy częściowej realizacji, odmowie, ochronie praw innych osób lub ograniczeniu wynikającym z przepisów</i>                                                                                                                                          |

|                   |                                |                        |                     |
|-------------------|--------------------------------|------------------------|---------------------|
| Data realizacji   |                                | Sposób przekazania     |                     |
| Osoba realizująca | <i>imię, nazwisko, funkcja</i> | Podpis / potwierdzenie |                     |
| Konsultacja IOD   | <i>data / nie dotyczy</i>      | Wpis do rejestru       | <i>numer i data</i> |

|                                 |                                                                                          |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Potwierdzenie odbioru / nadania | <i>data i podpis odbiorcy, numer przesyłki albo dowód bezpiecznego wysłania</i>          |
| Uwagi i działania następne      | <i>np. korekta, ograniczenie, poinformowanie odbiorców, wezwanie do zwrotu oryginału</i> |