

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: ..... Telefon kontaktowy.....

Adres zamieszkania: .....

### Dane pacjenta (jeżeli wnioskodawcą jest inna osoba):

*(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)*

Imię i nazwisko: .....

PESEL: ..... Telefon kontaktowy.....

### Wnioskuje o:

- wydanie kopii dokumentacji medycznej
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

### Rodzaj dokumentacji medycznej:

- całość dokumentacji z okresu .....  karta informacyjna
- wyniki badań: .....
- inna: .....

### Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres: .....
- wyrażam zgodę na przesłanie dokumentacji drogą elektroniczną
- odbierze osoba upoważniona:
  - imię i nazwisko: .....
  - numer dowodu osobistego: .....

### Oświadczenie wnioskodawcy:

- oświadczam, że zapoznałem(am) się z zasadami udostępniania dokumentacji medycznej obowiązującymi w Wojewódzkim Podkarpackim Szpitalu Psychiatrycznym im. prof. Eugeniusza Brzezickiego w Żurawicy;
- zostałem(am) poinformowany(a), że pierwsza kopia dokumentacji medycznej w żądanym zakresie wydawana jest bezpłatnie zgodnie z art. 28 ust. 2a pkt 1) ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2024 r. poz. 581 j.t.)
- oświadczam, że dane zawarte w niniejszym piśmie są zgodne z prawdą;
- oświadczam, że zwracając się o wydanie dokumentacji medycznej za pośrednictwem poczty polskiej oraz środków komunikacji elektronicznej zostałem(em) poinformowany(a) o zagrożeniach przesyłania danych osobowych pocztą polską oraz drogą elektroniczną;

.....  
miejscowość, data

.....  
czytelny podpis wnioskodawcy

**Klauzula informacyjna  
dotycząca przetwarzania danych osobowych osób wnioskujących o udostępnienie dokumentacji  
medycznej**

1. Administratorem danych osobowych jest Wojewódzki Podkarpacki Szpital Psychiatryczny im. prof. Eugeniusza Brzezickiego z siedzibą przy ul. Różanej 9, 37-710 Żurawica, reprezentowany przez Dyrektora.
2. W sprawach związanych z ochroną danych osobowych należy się kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem poczty elektronicznej e-mail: [iod@wpsp.pl](mailto:iod@wpsp.pl) tel. 16 672 30 03 wew. 374.
3. Dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji prawa dostępu do dokumentacji medycznej na podstawie:
  - art. 6 ust. 1 lit. c RODO (obowiązek prawny),
  - art. 9 ust. 2 lit. h RODO,
  - art. 23–30 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
4. Dane będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów o dokumentacji medycznej (art. 29 ustawy).
5. Osobie przysługuje prawo dostępu do danych, ich sprostowania oraz ograniczenia przetwarzania.
6. Osobie przysługuje prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Podanie danych jest obowiązkowe w zakresie wynikającym z przepisów prawa i niezbędne do realizacji wniosku
8. Dane nie będą przekazywane do państw trzecich ani przetwarzane w sposób zautomatyzowany.