

# Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

....., dnia .....

## I Dane osoby zgłaszającej wniosek

1. Imię (imiona) i nazwisko.....

2. Dane kontaktowe (numer telefonu, adres poczty elektronicznej lub adres zamieszkania)

.....  
.....

## II Osoba zgłaszająca wniosek jest: (proszę zaznaczyć właściwe)

- |                                                        |                                                           |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Pacjentem                        | <input type="radio"/> Przedstawicielem ustawowym Pacjenta |
| <input type="radio"/> Osobą upoważnioną przez Pacjenta | <input type="radio"/> Osobą bliską dla zmarłego Pacjenta* |

## III Dane Pacjenta, którego dotyczy wniosek

- |                                  |
|----------------------------------|
| 1. Imię (imiona) i nazwisko..... |
| 2. Data urodzenia .....          |

## IV Zakres wnioskowanej dokumentacji

1. Dotyczy leczenia (proszę zaznaczyć właściwe)

- ☐ we wszystkich poradniach/klinikach/oddziałach/pracowniach CSK MSWiA w Warszawie
- ☐ we wskazanych poradniach/klinikach/oddziałach/pracowniach:

.....  
.....

2. Dotyczy (proszę zaznaczyć właściwe)

- ☐ leczenia w okresie.....
- ☐ całości dokumentacji medycznej
- ☐ wskazanych rodzajów dokumentów.....

.....

## V Sposób udostępnienia dokumentacji (proszę zaznaczyć właściwe)

- |                                                                    |                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> do wglądu w siedzibie CSK MSWiA w Warszawie  | <input type="radio"/> poprzez sporządzenie kserokopii                                                |
| <input type="radio"/> poprzez sporządzenie wyciągu                 | <input type="radio"/> poprzez sporządzenie odpisu                                                    |
| <input type="radio"/> poprzez sporządzenie skanu na nośniku danych | <input type="radio"/> poprzez sporządzenie skanu i przesłanie drogą elektroniczną pod wskazany adres |
| <input type="radio"/> poprzez wypożyczenie oryginału**             |                                                                                                      |

☐ proszę o poświadczenie za zgodność z oryginałem

## VI Sposób odbioru dokumentacji (proszę zaznaczyć właściwe)

- |                                                                            |                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> odbiorę osobiście                                    | <input type="radio"/> odbierze osobiście osoba pisemnie przeze mnie upoważniona |
| <input type="radio"/> proszę o przesłanie listem poleconym na podany adres |                                                                                 |

.....  
(czytelny podpis osoby składającej wniosek lub pracownika przyjmującego wniosek)

\* osoba bliska w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

\*\* Szpital udostępnia oryginał dokumentacji medycznej: a) podmiotom uprawnionym, b) w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta, c) w przypadku wniosku o udostępnienie zdjęcia rentgenowskiego wykonanego na kliszy

## VII Adnotacje pracownika Szpitala dotyczące udostępnienia dokumentacji

**A Odmowa udostępnienia** (proszę zaznaczyć w przypadku odmowy udostępnienia)

**B Udostępnienie**

**1. Potwierdzam:** (proszę zaznaczyć właściwe)

- ☐ wydanie dokumentacji medycznej ☐ udostępnienie dokumentacji do wglądu

.....  
(data i czytelny podpis pracownika wydającego/udostępniającego dokumentację)

**IX Udostępnienie oryginału dokumentacji**

**1. Potwierdzenie wypożyczenia i zwrotu oryginału dokumentacji:**

|                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Potwierdzam odbiór oryginału dokumentacji i zobowiązuję się do jego zwrotu po wykorzystaniu</b></p> <p>.....</p> <p>(data i czytelny podpis osoby, której wypożyczono oryginał dokumentacji)</p> |
| <p><b>Potwierdzam zwrot oryginału dokumentacji:</b></p> <p>.....</p> <p>(data i czytelny podpis pracownika przyjmującego dokumentację)</p>                                                             |

**2. Inne adnotacje:**

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

**Klauzula informacyjna**

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

1. Administratorem Danych Osobowych jest Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie, ul. Wołoska 137, 02-507 Warszawa, tel. 22 508 20 00, reprezentowany przez Dyrektora.
2. W sprawach związanych z ochroną danych osobowych należy się kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem poczty elektronicznej [iod@cskmswia.pl](mailto:iod@cskmswia.pl), tel. 22 508 10 34.
3. Administrator Danych Osobowych będzie przetwarzał dane osobowe przez okres 20, 22 lub 30 lat liczonych od daty sporządzenia ostatniego wpisu w dokumentacji medycznej stosownie do okresów przechowywania dokumentacji, która była przedmiotem wniosku, określonych w art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
4. Osobie wnioskującej o udostępnienie dokumentacji medycznej przysługuje prawo dostępu do treści jej danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia niektórych danych oraz trwałego usunięcia danych osobowych po upływie okresu przechowywania.
5. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne do skutecznego złożenia wniosku. Dane wymagane do skutecznego złożenia wniosku są gromadzone zgodnie z art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
6. Dane osobowe mogą być udostępniane uprawnionym podmiotom publicznym zgodnie z przepisami prawa.
7. Dane osobowe nie będą przetwarzane w celach marketingowych bez wyraźnej zgody i nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.
8. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
9. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych w CSK MSWiA w Warszawie znajdują się na stronie internetowej [www.cskmswia.pl](http://www.cskmswia.pl) w zakładce Dla Pacjenta – Ochrona danych.