



Kraków, dnia roku

LCR-510 -/.....

Dane OSOBY WNIOSKUJĄCEJ o wydanie dokumentacji (dane do faktury VAT):

Imię i nazwisko: PESEL

Adres zamieszkania: Miasto i Kod pocztowy

Telefon kontaktowy: e-mail:

DANE PACJENTA, którego dokumentacji medycznej dotyczy wniosek:

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

Imię i nazwisko: PESEL

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wnoszę o:

- ☐ udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu w siedzibie Kliniki w zakresie:
- ☐ udostępnienie wyciągu/odpisu/kopii/wydruku* dokumentacji medycznej w zakresie:
- ☐ udostępnienie dokumentacji medycznej za pośrednictwem e-mail w zakresie:
- ☐ udostępnienie dokumentacji medycznej na płycie CD w zakresie:
- ☐ udostępnienie zdjęć rentgenowskich wykonanych na kliszy za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu w zakresie:

Wnioskowaną dokumentację:

- ☐ proszę przesłać listem poleconym na wskazany wyżej adres zamieszkania
- ☐ proszę przesłać na wskazany wyżej adres e-mail
- ☐ odbiorę osobiście (Uniwersytecka Klinika Stomatologiczna w Krakowie, ul. Montelupich 4, 31-155 Kraków)

Oświadczam, iż zapoznałem/am się z obowiązującym w Uniwersyteckiej Klinice Stomatologicznej w Krakowie CENNIKIEM za udostępnienie dokumentacji medycznej, akceptuję jego postanowienia i zobowiązuję się do poniesienia kosztów związanych z udostępnieniem dokumentacji medycznej (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą zobowiązuję się do pokrycia kosztów wysyłki).

.....
(data i czytelny podpis Wnioskodawcy)

Weryfikacja tożsamości Wnioskodawcy (pieczętka i podpis pracownika UKS)

Pracownik przygotowujący dokumentację medyczną oraz
potwierdzający uprawnienia do odbioru dokumentacji:

Potwierdzenie przez wyznaczonego pracownika CR, iż
dokumentacja została przygotowana poprawnie:

.....
(data i czytelny podpis pracownika)

.....
(data i czytelny podpis pracownika)

POTWIERDZENIE ODBIORU KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Do zapłaty:

- ☐ KDM str. x zł =
- ☐ KDM na CD szt. x zł =
- ☐ opłata pocztowa zł

RAZEM OPŁATY

Weryfikacja tożsamości osoby
odbierającej:

.....
(data i czytelny podpis pracownika UKS)

Potwierdzenie odbioru
dokumentacji medycznej:

.....
(data i czytelny podpis odbierającego -
opcjonalne)

*/ zaznaczyć właściwe (pole obowiązkowe)

POUCZENIE: **wyciąg:** skróty dokument zawierający wybrane informacje lub dane z całości dokumentacji medycznej; **odpis:** dokument wytworzony przez przepisanie tekstu z oryginału dokumentacji medycznej z wiernym zachowaniem zgodności co do treści z oryginałem; **kopia:** dokument wytworzony przez odwzorowanie oryginału dokumentacji medycznej, w formie kserokopii albo odwzorowania cyfrowego (skanu).

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO), poniżej przekazujemy podstawowe informacje na temat przetwarzania Pani/Pana danych osobowych:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest SPZOZ Uniwersytecka Klinika Stomatologiczna w Krakowie, ul. Montelupich 4, 31-155 Kraków.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji świadczeń zdrowotnych (art. 9 ust. 2 lit. h RODO), prawidłowej realizacji umowy (art. 6 ust. 1 lit. b RODO), wypełnienia przez Administratora ciężących na nim obowiązków prawnych, w szczególności wynikających 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 (art. 6 ust. 1 lit. c RODO), a w przypadku wyrażenia przez Panią Zgody w celu, który zgoda obejmuje (art. 6 ust. 1 lit. a RODO).
3. Zgoda może zostać wycofana w dowolnym momencie drogą elektroniczną na adres: iod@uks.com.pl lub pocztą tradycyjną na wskazany adres siedziby Administratora Danych.
4. Administrator, realizując wskazane powyżej cele przetwarzać może następujące Pani/Pana dane: nazwisko i imię (imiona); numer PESEL jeżeli został nadany, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość; datę urodzenia; oznaczenie płci; adres miejsca zamieszkania; dane kontaktowe; dane dotyczące zdrowia, w przypadku gdy pacjentem jest osoba całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody - nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania; w przypadku wyrażenia zgody – wizerunek.
5. Jednocześnie informujemy, iż w celu zapewnienia bezpieczeństwa osób oraz ochrony mienia, w Uniwersyteckiej Klinice Stomatologicznej stosowany jest monitoring wizyjny, w postaci środków technicznych umożliwiających rejestrację obrazu. Dane te przetwarzane są w celu zapewnienia bezpieczeństwa naszych gości, pacjentów i personelu oraz w celu ochrony mienia. Nagrania z monitoringu wizyjnego przetwarzamy przez okres nie dłuższy niż 3 miesiące - po upływie tego czasu dane są usuwane. W przypadku, w którym nagrania obrazu stanowią dowód w postępowaniu prowadzonym na podstawie prawa, termin przechowywania nagrania ulega przedłużeniu do czasu prawomocnego zakończenia postępowania.
6. Przetwarzanie danych osobowych na potrzeby realizacji świadczeń zdrowotnych odbywać się będzie przez okres wymagany przepisami prawa, w szczególności na podstawie art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W przypadku danych osobowych przetwarzanych na podstawie zgody, do czasu jej odwołania.
7. Państwa dane osobowe mogą być przekazywane następującym kategoriom odbiorców: pracownicy biorący udział w udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz pracownicy zajmujący się obsługą administracyjną/ techniczną/ informatyczną, podmioty współpracujące w zakresie świadczenia usług medycznych, podmioty świadczące usługi prawne, podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa, inne osoby świadczące w Klinice usługi niezbędne do realizacji celów wskazanych powyżej.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji celów wskazanych powyżej, w tym zapewnienia prawidłowej realizacji świadczeń zdrowotnych.
9. Pani/Pana dane osobowe nie są przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy.
10. Podane przez Panią/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.
11. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych, prawo do sprostowania danych, prawo do usunięcia danych, prawo do ograniczenia przetwarzania danych, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych oraz prawo do przeniesienia danych. Pomimo skorzystania z wymienionych praw, Administrator i tak może być uprawniony do dalszego przetwarzania moich danych, jeżeli uprawnienie takie wynikać będzie z obowiązujących przepisów prawa (np. art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).
12. W celu skorzystania z praw wskazanych w punkcie powyżej należy skontaktować się z Administratorem Danych pod adresem mailowym iod@uks.com.pl lub pocztą tradycyjną na wskazany adres siedziby Administratora Danych.
13. Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, adres e-mail: kancelaria@uodo.gov.pl) w przypadku uznania, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza obowiązujące przepisy w tym zakresie.