



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko _____

PESEL

Adres zamieszkania _____

Numer telefonu kontaktowego _____

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

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

Imię i nazwisko _____

PESEL

Wnioskuję o: wydanie kopii dokumentacji medycznej

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- nazwa poradni _____
- okres leczenia _____

Wnioskowaną dokumentację: odbiorę osobiście

proszę wysłać na adres (opłata 13 zł) _____

odbierze osoba upoważniona: _____

imię i nazwisko/nr dowodu osobistego

Cel udostępnienia dokumentacji medycznej: _____

miejscowość, data

imię i nazwisko czytelny podpis

Klauzula informacyjna dla pacjentów: Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE [Ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych; dalej: „RODO“], informuję, że: administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: dane kontaktowe -Orto-Medica Sp. z o.o. z siedzibą w Kaliszu, ul. Braci Niemojowskich 4/A, 62-800 Kalisz, NIP: 6182133996, KRS 0000385571, dane kontaktowe -nr tel. 512217757, e-mail:kontakt@orto-medica.pl, Koshi sp. Z O.O. NIP 6182190014, ul. Braci Niemojowskich 4/a, 62-800 Kalisz, nr. tel. 794398618. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych (IOD), którym jest Justyna Biłska. W każdej sprawie dotyczącej przetwarzania swoich danych osobowych może Pani/Pan skontaktować się z IOD telefonicznie -512217757, lub poprzez adres e-mail: kontakt@orto-medica.pl. Administrator nie wyznaczył Inspektora Ochrony Danych. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia badania lub zabiegu, na podstawie art. 9 ust. 2 lit.

RODO w zw. z art. 3 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej oraz art. 24 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Pani/Pana dane mogą być udostępniane następującym kategoriom odbiorców: przedsiębiorcom, świadczącym na podstawie umowy na rzecz Administratora usługi, w szczególności usługi księgowe, prawnicze, doradcze - z wyłączeniem danych dotyczących Pani/Pana zdrowia; przedsiębiorcom i podmiotom leczniczym wykonującym na rzecz Administratora badania lub zabiegi medyczne, jeśli Administrator zleca wykonanie tych badań lub zabiegów osobom trzecim. Udostępnienie danych następuje jedynie w celu przeprowadzenia badania lub zabiegów oraz na podstawie umowy zobowiązującej Podmiot przetwarzający do zachowania tych danych w tajemnicy; Narodowemu Funduszowi Zdrowia lub innemu płatnikowi - w celu rozliczenia badania lub zabiegu, jeśli badanie lub zabieg są finansowane przez tego rodzaju podmiot; przedsiębiorcom świadczącym usługi prawnicze oraz organom wymiaru sprawiedliwości - w razie dochodzenia roszczeń przez Administratora; organom władzy publicznej lub podmiotom publicznym uprawnionym do ich uzyskania na podstawie przepisów prawa, gdy wystąpią z żądaniem w oparciu o stosowną podstawę prawną. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez: czas przeprowadzenia badania, a następnie przez okres 20 lat, wynikający z art. 29 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta - z wyjątkami wskazanymi w powyższym przepisie; w razie zaistnienia sporu pomiędzy Panią/ Panem a Administratorem - do czasu prawomocnego zakończenia sporu. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych; ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO; podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym wynikającym z art. 25 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Jest Pani/Pan zobowiązana do ich podania, a odmowa podania danych stanowi podstawę odmowy przeprowadzenia badania lub zabiegu. Pani/Pana dane nie będą podlegały profilowaniu.

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych:

Orto-Medica Sp. Z O.O. | NIP 6182133996 | ul. Braci Niemojowskich 4/a | 62-800 Kalisz | +48 795 822 666
Koshi Sp. Z O. O. | NIP 6182190014 | ul. Braci Niemojowskich 4/a | 62-800 Kalisz | +48 794 398 618

Oświadczam, że:

chcę upoważnić wymienioną osobę w formularzu do odbioru od podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych kopii mojej dokumentacji medycznej za mojego życia.

Imię i nazwisko, pesel, nr i seria dowodu: _____

Wyrażam zgodę na przesłanie mi kopii dokumentacji medycznej pocztą elektroniczną na adres e-mail: _____

miejsowość, data

imię i nazwisko czytelny podpis