**Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o. o.**

**z siedzibą w Kartuzach**

|  |  |
| --- | --- |
| Pacjent 1) | Wnioskodawca 2) |
| Imię i nazwisko: | Imię i nazwisko:  Nr i seria dokumentu tożsamości: |
| PESEL: | Nr telefonu:  e-mail: |
| Nr telefonu:  e-mail: | Upoważnienie do odbioru dokumentacji\*:  w historii choroby jednorazowe |
| Data pobytu / wizyty / badania ……………………………………………………………………………………………….  w Szpitalu – Oddziale, Poradni ………………………………………………………………………………………………. | |

1. Dane pacjenta (osoby, której dokumentacja dotyczy)

2. Dane osoby upoważnionej przez pacjenta do uzyskania dokumentacji / przedstawiciela ustawowego (np. rodzica)

Kserokopia / wydruk dokumentacji medycznej Wyciąg/Odpis dokumentacji medycznej

Kopia badań na płycie CD Inne: ........................................................

Jednocześnie upoważniam osobę wskazaną w punkcie 2 do odbioru mojej dokumentacji medycznej.

**Data** ……………………………………………… **Podpis Wnioskodawcy**: ……………………………………..

***(wypełnia pracownik PCZ sp. z o.o.)***

Kserokopie / wydruk – ilość stron ……………… Wyciąg / odpis – ilość stron ………………………..

Ilość płyt CD / innych nośników ……………..... Pierwsze bezpłatne wydanie TAK\* / NIE\*

Stawka w PLN: ………………………………….. Wycena …………………………………………….

Dane wnioskodawcy/osoby upoważnionej zweryfikowano na podstawie dowodu tożsamości

……………………………………………………….. seria i numer …………………………………………………

(podać nazwę dokumentu tożsamości)

……………………………………………….. Data i czytelny podpis pracownika

**Potwierdzenie odbioru dokumentacji medycznej**

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej zgodnej z wnioskiem.

………………………………………………

Data i czytelny podpis osoby odbierającej

****Klauzula informacyjna do wniosku o wydanie dokumentacji medycznej

Szanowni Państwo,

W związku z wejściem w życie z dniem 25 maja 2018 roku Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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), **Powiatowe Centrum Zdrowia w Kartuzach Sp. z o. o.** przedkłada Państwu poniższe informacje:

1. **Administrator danych osobowych:** Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Zdrowia sp. z o.o. z siedzibą w Kartuzach**, ul. Floriana Ceynowy 7, 83-300 Kartuzy, tel. 58 685 49 86, e-mail: [sekretariat@pczkartuzy.pl](mailto:sekretariat@pczkartuzy.pl)
2. **Dane kontaktowe:** W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych, w szczególności dotyczących realizacji obowiązków Administratora danych osobowych oraz realizacji praw podmiotów danych osobowych należy kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych kierując korespondencję na adres wskazany powyżej lub na adres e-mail: [iod@pczkartuzy.pl](mailto:iod@pczkartuzy.pl)
3. **Cel i podstawy prawne przetwarzania danych:**Celem przetwarzania danych jest udostępnienie dokumentacji medycznej na podstawie art. 26 ust. 1-2b ustawy z dnia 6 listopada 2009 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta **(Dz.U. 2020 poz. 849)** tj. wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze **(art. 6 ust. 1 lit. c RODO)**
4. **Odbiorcy danych:** organy państwowe i inne podmioty uprawnione na podstawie przepisów, firmy kurierskie, ubezpieczeniowe i pocztowe, osoby upoważnione do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia oraz osoby upoważnione do uzyskiwania dokumentacji medycznej, dostawcy usług prawnych i ochrony danych osobowych.
5. **Informacja o przekazywaniu danych do państw trzecich lub organizacji międzynarodowej:** Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej, czyli poza Europejski Obszar Gospodarczy (Kraje Unii Europejskiej oraz Islandia, Liechtenstein i Norwegia).
6. **Okres przechowywania:** okres przetwarzania danych zależy od podstawy prawnej ich przetwarzania:
   * Dane osobowe będą przetwarzane do czasu ustania obowiązków przetwarzania wskazanych w przepisach prawa dotyczących podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, oraz dotyczących dokumentacji medycznej Pacjenta na podstawie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
   * okres przetwarzania danych może być przedłużony w przypadku, gdy przetwarzanie jest niezbędne do ustalenia, dochodzenia lub obrony przed ewentualnymi roszczeniami, a po tym okresie, jedynie w przypadku i w zakresie, w jakim będą wymagać tego przepisy prawa;
   * po upływie okresu przetwarzania, dane są nieodwracalnie usuwane lub anonimizowane.
7. **Informacja o przysługujących Pani/Panu prawach:**

* Prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
* Prawo do sprostowania danych osobowych;
* Prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
* Prawo do przenoszenia danych osobowych w zakresie przetwarzania zautomatyzowanego na podstawie umowy lub zgody;
* Prawo do wniesienia skargi do Prezesa UODO (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa).

1. **Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji**: podane dane osobowe nie będą wykorzystywane do decyzji opartych na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu.
2. **Informacja o wymogu podania danych**:
   * Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest niezbędne do realizacji celu udostępnienia dokumentacji. Niepodanie danych może skutkować odmową wydania dokumentacji medycznej.