



**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
OSOBOM FIZYCZNYM (część A)**

nr /
(nr wypełnia Pracownik Archiwum)

Pacjent może zgłosić Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie pisemnej, w formie ustnej, telefonicznie i w formie elektronicznej.

WNIOSKODAWCA

Imię i nazwisko Wnioskodawcy	
PESEL lub data urodzenia (dd-m-rr)	
Adres zamieszkania:	
Telefon:	
Adres e-mailowy:	

TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (zaznaczyć X we właściwym miejscu)

- jestem pacjentem, którego dokumentacja dotyczy
- jestem przedstawicielem ustawowym pacjenta / opiekunem prawnym
- posiadam UPOWAŻNIENIE wystawione przez pacjenta* (dołączyć do wniosku)
- jestem osobą bliską dla pacjenta ** (wpisać jaką)
- instytucje: ZUS, Sąd, Prokuratura, Policja itp *** (wpisać jaką)

ZWRACAM SIĘ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

- do wglądu na miejscu
- wydanie kopii / wyciągu / odpisu / wydruku (właściwie podkreślić), potwierdzonej za zgodność z oryginałem
- kopii na informatycznym nośniku danych CD
- za pośrednictwem poczty e-mailowej na ww. adres
- wydanie oryginału*** i zobowiązuję się do jego zwrotu po wykorzystaniu do dnia

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOKUMENTACJA DOTYCZY:

(wypełnić gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dokumentacja dotyczy)

Imię i nazwisko Pacjenta	
PESEL lub data urodzenia (dd-m-rr)	

DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA: (wskazać nazwę oddziału / poradni / pracowni)

- z leczenia szpitalnego, w oddziale w okresie od do
- z leczenia ambulatoryjnego, w poradni w okresie od do

RODZAJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

- całość historii choroby
- historia choroby - dokumentacja lekarska
- karta informacyjna z leczenia szpitalnego
- wyniki badań
- inne (wymienić jakie)

* Dotyczy osób, które nie są upoważnione w dokumentacji medycznej

** Dotyczy wyłącznie osoby bliskiej uprawnionej do otrzymania dokumentacji pacjenta po jego śmierci, wskazanej w art. 26 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Osobami bliskimi zgodnie z ww. ustawą są: małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta

*** Dotyczy wydania oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta



SZPITAL SPECJALISTYCZNY W CHORZOWIE

ul. Zjednoczenia 10, 41-500 Chorzów

NIP: 627 23 23 217, REGON: 271503395, KRS: 0000050560

tel. +48 (32) 346 36 15, fax. +48 (32) 241 47 33

e-mail: sekretariat@sswch.pl

www.sswch.pl



SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

- odbiorę osobiście
- odbierze osoba upoważniona
- listem poleconym na adres
- na adres poczty elektronicznej e-mail

OŚWIADCZENIE:

Oświadczam, że zapoznałem/am się z informacjami dla osoby wnioskującej oraz informacją o przetwarzaniu danych osobowych, rozumiem, akceptuję sposób i tryb udostępnienia dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do poniesienia ewentualnych kosztów udostępnienia dokumentacji medycznej zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz cennikiem obowiązującym w Szpitalu Specjalistycznym w Chorzowie, a także pokryję koszt przesyłki pocztowej w przypadku wysłania dokumentacji medycznej. Przyjmuję do wiadomości, że udostępnione dane w formie cyfrowej zostaną mi przesłane w formie zaszyfrowanej w programie 7zip. Hasło do zaszyfrowanego pliku w ramach ochrony danych osobowych (minimum 8 znaków, wielkie i małe znaki) zostanie mi podane drogą telefoniczną lub sms na numer podany w niniejszym wniosku. Jestem świadomy, że dostęp do dokumentacji w formacie cyfrowym wymaga zainstalowania programu 7 zip na własnym komputerze.

.....
data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
data i podpis wnioskodawcy



SZPITAL SPECJALISTYCZNY W CHORZOWIE

ul. Zjednoczenia 10, 41-500 Chorzów

NIP: 627 23 23 217, REGON: 271503395, KRS: 0000050560

tel. +48 (32) 346 36 15, fax. +48 (32) 241 47 33

e-mail: sekretariat@sswch.pl

www.sswch.pl



REALIZACJA WNIOSKU (część B)

(wypełnia pracownik komórki organizacyjnej, Oddziału, Poradni)

1. Potwierdzam przygotowanie wymienionej poniżej dokumentacji medycznej i przekazanie jej do punktu kserokopii.

Skrócona nazwa komórki / Nr Ks. Głównej:

Skrócona nazwa komórki / Nr Kartoteki:

2. Potwierdzam ilość stron do kserokopii w zakresie odpłatności, zgodnie z wewnętrznym rejestrem:

bezpłatnie (pacjentowi, przedstawicielowi ustawowemu, osobie upoważnionej) **po raz pierwszy w żądanym zakresie** od nr strony (data) do nr strony (data)

od nr strony (data) do nr strony (data)

bezpłatnie (w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, ZUS – komisja rentowa, w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Agencji Badań Medycznych, Sąd, Prokuratura, Policja itp)

od nr strony (data) do nr strony (data)

bezpłatnie (odstąpienie od zapłaty na podstawie art.28 ust.2a pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku O prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta na wypisany odręcznie wniosek do Dyrektora Szpitala Specjalistycznego)

odpłatnie - od nr strony (data) do nr strony (data)
- od nr strony (data) do nr strony (data)

z wystawieniem faktury na adres pacjenta

za pobraniem obejmującym koszt kopii i opłat Poczty Polskiej

.....
data i podpis pracownika przekazującego dokumentację
z komórki merytorycznej do punktu ksero

3. Należność z tytułu odpłatności za wykonanie stron/y kserokopii wynosi:

(wypełnia pracownik ksero)

..... X = zł
(podać ilość stron) (podać kwotę)

+ koszty przesyłki poleconej za potwierdzeniem odbioru = łącznie

4. Faktura nr
(wypełnia pracownik Księgowości)

5. Zwrot oryginału dokumentacji medycznej do komórki merytorycznie odpowiedzialnej za jej posiadanie

.....
(data i podpis osoby odbierającej)



SZPITAL SPECJALISTYCZNY W CHORZOWIE

ul. Zjednoczenia 10, 41-500 Chorzów

NIP: 627 23 23 217, REGON: 271503395, KRS: 0000050560

tel. +48 (32) 346 36 15, fax. +48 (32) 241 47 33

e-mail: sekretariat@sswch.pl

www.sswch.pl



POLSKA AKADEMIA JAKOŚCI
PN-EN ISO 9001:2015
Certyfikat nr:
2204A/05/2023/J/R

POTWIERDZENIE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (część C) (wypełnia pracownik)

potwierdzenie tożsamość osoby uprawnionej do odbioru przygotowanej dokumentacji medycznej

Potwierdzam udostępnienie następującej dokumentacji medycznej (wpisać formę i zakres)

POBRANO opłatę za dokumentację medyczną w wysokości

ZWOLNIONO z opłaty za udostępnioną dokumentację medyczną z powodu: *(właściwe zaznaczyć X)*

- udostępnienia dokumentacji medycznej po raz pierwszy w żądanym zakresie
- po pozytywnym rozpatrzeniu wniosku przez Dyrektora, dotyczącego bardzo trudnej sytuacji materialnej
- w związku z postępowaniem przed komisją ZUS, wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach Medycznych itd. ****

**** Przyczynę zwolnienia z opłat należy udokumentować

.....
data i podpis osoby wydającej

.....
data i podpis osoby odbierającej

Druk po wypełnieniu podlega ochronie zgodnie z przepisami prawnymi z zakresu ochrony danych osobowych

Podstawy prawne:

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz.U. 2022 poz. 633 z późn. zmian.),
2. Ustawa o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008r (tekst jedn. Dz.U. 2020 poz. 849 z późn. zm.),
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2020r. poz 666 z późn. zmian),
4. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (tekst jedn. Dz.U. 2021 poz. 666 z późn. zmian.),
5. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2021 poz. 1285 z późn. zmian.),
6. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (tekst jedn. Dz.U. 2021 poz. 974 z późn. zmian.)



SZPITAL SPECJALISTYCZNY W CHORZOWIE

ul. Zjednoczenia 10, 41-500 Chorzów

NIP: 627 23 23 217, REGON: 271503395, KRS: 0000050560

tel. +48 (32) 346 36 15, fax. +48 (32) 241 47 33

e-mail: sekretariat@sswch.pl

www.sswch.pl



Załącznik nr 6 do Zarządzenia nr 60

INFORMACJA DLA PACJENTÓW O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (zwanego dalej „RODO”):

1. Administratorem danych osobowych pacjenta Szpitala Specjalistycznego w Chorzowie jest szpital. Dokumentacja medyczna pacjenta jest własnością podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń zdrowotnych czyli szpitala.

2. Dane osobowe pacjenta są przetwarzane w celu realizacji prawa do dostępu do dokumentacji medycznej, na podstawie przepisów Ustawy z dnia 6 listopada 2008r O prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (art.6 ust.1 lit.c oraz art.9 ust.2 lit.h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych 2016/679 (RODO))

3. Pacjent w ramach przetwarzania danych osobowych ma prawo:

- dostępu do swoich danych osobowych oraz otrzymania ich kserokopii,
- sprostowania swoich danych,
- usunięcia swoich danych osobowych, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisów prawa lub w ramach sprawowania władzy publicznej,
- ograniczenia przetwarzania danych, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej,
- wniesienia skargi do Prezesa UODO (na adres Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa).

4. Cele przetwarzania danych osobowych:

Szpital może przetwarzać Pani/ Pana dane osobowe w następujących celach:

- a) w celach związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym: ustalenia Pani/Pana tożsamości przed udzieleniem świadczeń zdrowotnych (w chwili zgłoszenia, w czasie weryfikacji danych podczas umawiania wizyty za pomocą rejestracji telefonicznej, w rejestracjach szpitalnych, w gabinecie lekarskim lub na oddziale szpitalnym), diagnozy medycznej i leczenia, w tym prowadzenia dokumentacji medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej oraz zarządzania udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym rozpatrywania skarg i wniosków pacjentów, podejmowania działań w zakresie profilaktyki zdrowotnej, w tym informowania Pani/Pana o możliwości skorzystania ze świadczeń zdrowotnych lub przekazywania zaproszeń na badania, zapewnienia zabezpieczenia społecznego, w tym wystawiania zaświadczeń lekarskich i zwolnień, *(a to na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) oraz art. 9 ust. 2 lit. h) RODO w związku z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawą z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz innymi właściwymi przepisami prawa krajowego);*
- b) w celach archiwalnych, naukowych lub statystycznych - *na podstawie art. 9 ust. 2 lit. j) RODO;*
- c) w celach związanych z ustaleniem, dochodzeniem lub obroną roszczeń - *na podstawie art. 9 ust. 2 lit. f) RODO;*
- d) w celach związanych z prowadzeniem ksiąg rachunkowych i dokumentacji podatkowej – *na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w związku z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości.*

5. Informacje o kategoriach odbiorców danych osobowych:

Pani/Pana dane osobowe mogą zostać ujawnione:

- a) osobom wykonującym zawód medyczny zatrudnionym lub współpracującym ze Szpitalem,
- b) innym osobom wykonującym czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a także czynności związane z utrzymaniem systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnieniem bezpieczeństwa tego systemu na podstawie upoważnienia nadanego przez Szpital,
- c) podmiotom leczniczym współpracującym ze Szpitalem w celu zapewnienia ciągłości leczenia oraz dostępności świadczeń zdrowotnych,
- d) dostawcom usług technicznych i organizacyjnych dla Szpitala, które umożliwiają udzielanie świadczeń zdrowotnych (w szczególności dostawcom i podmiotom wyspecjalizowanym w zapewnianiu obsługi technicznej systemów teleinformatycznych i aparatury medycznej),
- e) osobom przygotowującym się do wykonywania zawodu medycznego i kształcącym się osobom wykonującym zawód medyczny, w zakresie niezbędnym do realizacji celów dydaktycznych,
- f) podmiotom prowadzącym rejestry medyczne na podstawie obowiązujących przepisów prawa,



SZPITAL SPECJALISTYCZNY W CHORZOWIE

ul. Zjednoczenia 10, 41-500 Chorzów

NIP: 627 23 23 217, REGON: 271503395, KRS: 0000050560

tel. +48 (32) 346 36 15, fax. +48 (32) 241 47 33

e-mail: sekretariat@sswch.pl

www.sswch.pl



g) innym podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa, w szczególności art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

6. Przekazywanie danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowych:

Szpital Specjalistyczny w Chorzowie może przekazywać Pani/Pana dane osobowe do odbiorców zlokalizowanych poza Europejskim Obszarem Gospodarczym (kraje Unii Europejskiej) w związku z zapewnianiem obsługi technicznej aparatury medycznej oraz systemów informatycznych przez podmioty zewnętrzne. Przekazanie danych poza Europejski Obszar Gospodarczy może nastąpić wyłącznie pod warunkiem spełnienia wymagań określonych w RODO, w szczególności na podstawie decyzji Komisji Europejskiej stwierdzającej odpowiedni stopień ochrony lub z zastrzeżeniem odpowiednich zabezpieczeń.

7. Okres, przez który dane osobowe będą przechowywane:

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez wymagany przepisami prawa okres przechowywania dokumentacji medycznej. W przypadku przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w celach związanych z ustaleniem, dochodzeniem lub obroną roszczeń Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres przedawnienia roszczeń określony w przepisach prawa. W przypadku przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w celu prowadzenia ksiąg rachunkowych i dokumentacji podatkowej Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez wymagany przepisami prawa okres przechowywania dokumentacji księgowej i podatkowej.

8. Prawa przysługujące osobie, której dane są przetwarzane:

Przysługuje Pani/Panu prawo żądania dostępu do swoich danych, sprostowania danych nieprawidłowych, uzupełniania danych niekompletnych. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

9. Obowiązek podania danych:

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest *wymogiem ustawowym* i jest niezbędne w celu udzielania świadczeń zdrowotnych.

10. Informacje o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji:

Nie będzie Pani/Pan podlegać decyzjom podejmowanym w sposób zautomatyzowany (bez udziału człowieka). Pani/Pana dane osobowe nie będą również wykorzystywane do profilowania.

.....
data i podpis wnioskodawcy

Podstawy prawne:

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz.U. 2022 poz. 633 z późn. zmian.)
2. Ustawa o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008r (tekst jedn. Dz.U. 2020 poz. 849 z późn. zm.)
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2020r. poz 666 z późn. zmian)
4. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (tekst jedn. Dz.U. 2021 poz. 666 z późn. zmian.)
5. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2021 poz. 1285 z późn. zmian.)
6. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (tekst jedn. Dz.U. 2021 poz. 974 z późn. zmian.)



SZPITAL SPECJALISTYCZNY W CHORZOWIE

ul. Zjednoczenia 10, 41-500 Chorzów

NIP: 627 23 23 217, REGON: 271503395, KRS: 0000050560

tel. +48 (32) 346 36 15, fax. +48 (32) 241 47 33

e-mail: sekretariat@sswch.pl

www.sswch.pl



Załącznik nr 5 do Zarządzenia nr 60

INFORMACJA DLA OSOBY WNIOSKUJĄCEJ O DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ

1. Szpital Specjalistyczny w Chorzowie udostępnia dokumentację medyczną:

- a) pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu,
- b) osobie upoważnionej przez pacjenta,

2. Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna może być udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Dokumentacja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia (art. 26 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

3. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:

- a) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych,
- b) w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć,
- c) poprzez sporządzenie wyciągów, odpisów, kopii lub wydruków,
- d) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także pozostałym podmiotom, w tym pacjentowi, tylko w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta,
- e) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej,
- f) na informatycznym nośniku danych.

4. Pacjent może żądać udostępnienia wypisów z dokumentacji medycznej zbiorczej dotyczącej jego osoby.

5. Zasady udostępniania dokumentacji medycznej:

- a) w celu uzyskania dokumentacji medycznej pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub osoba upoważniona przez pacjenta wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej,
- b) w przypadku odbioru dokumentacji przez osobę upoważnioną, która nie jest wskazana w dokumentacji medycznej, dodatkowo należy złożyć upoważnienie do odbioru,
- c) wniosek można złożyć:
 - osobiście, telefonicznie w dni robocze, w godz. 7:35-15.00, pod nr telefonu 32 241 32 55 albo przesłać na adres: Szpital Specjalistyczny w Chorzowie, ul. Zjednoczenia 10, 41-500 Chorzów lub na adres e-mailowy: sekretariat@sswch.pl
- d) przykładowy wzór wniosku i upoważnienia można pobrać ze strony internetowej szpitala www.sswch.pl

6. Udostępnienie dokumentacji medycznej następuje za potwierdzeniem tożsamości wnioskodawcy.

7. Udostępnienie dokumentacji medycznej następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.

8. Dokumentacja wydawana jest bez zbędnej zwłoki, w możliwie najkrótszym terminie, nie później niż w terminie 7 dni roboczych od daty złożenia wniosku.



SZPITAL SPECJALISTYCZNY W CHORZOWIE

ul. Zjednoczenia 10, 41-500 Chorzów

NIP: 627 23 23 217, REGON: 271503395, KRS: 0000050560

tel. +48 (32) 346 36 15, fax. +48 (32) 241 47 33

e-mail: sekretariat@sswch.pl

www.sswch.pl



9. Wysokość opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej uprawnionym organom oraz podmiotom, wynika z art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i jest określona w cenniku Szpitala Specjalistycznego w Chorzowie.

10. Opłaty nie pobiera się:

- a) od pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej po raz pierwszy w żądanym zakresie (osoby upoważnione przez pacjenta do dokumentacji medycznej nie są zwolnione z opłat),
- b) od organów rentowych w sprawach świadczeń z ubezpieczeń społecznych,
- c) w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych,
- d) od pacjentów posiadających kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych za udostępnienie dokumentacji w zakresie leczenia onkologicznego,
- e) w przypadku wglądu w dokumentację medyczną.

11. W przypadku wysłania dokumentacji medycznej dolicza się koszt przesyłki pocztowej zgodnie z aktualnym cennikiem operatora pocztowego.

12. Opłatę za dokumentację medyczną oraz przesyłkę można dokonać w formie:

- a) gotówkowej (lub kartą płatniczą w punkcie ksero, w dni robocze od poniedziałku do piątku w godz. 8.00-12:00.

Na żądanie wnioskodawcy Szpital Specjalistyczny w Chorzowie wystawia fakturę na podstawie paragonu z kasy fiskalnej, a w przypadku dokonania płatności przelewem wystawiona w następnym dniu roboczym po dokonaniu przelewu.

- b) bezgotówkowej przelewem bankowym na konto o numerze: ING Bank Śląski 25 1050 1243 1000 0010 0009 7251 z dopiskiem „Opłata za dokumentację medyczną, dotyczy (imię i nazwisko pacjenta)”.

13. Odmowa wydania dokumentacji medycznej, w przypadkach w których udostępnienie dokumentacji medycznej nie jest możliwe, wymaga zachowania formy pisemnej oraz podania przyczyny odmowy.

.....
data i podpis wnioskodawcy

Druk po wypełnieniu podlega ochronie zgodnie z przepisami prawnymi z zakresu ochrony danych osobowych

Podstawa prawna:

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.



SZPITAL SPECJALISTYCZNY W CHORZOWIE

ul. Zjednoczenia 10, 41-500 Chorzów

NIP: 627 23 23 217, REGON: 271503395, KRS: 0000050560

tel. +48 (32) 346 36 15, fax. +48 (32) 241 47 33

e-mail: sekretariat@sswch.pl

www.sswch.pl



Załącznik nr 2 do Zarządzenia nr 60

Chorzów, dnia

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja,
(Imię i nazwisko)

PESEL														
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

zamieszkały/-a
.....
.....

działając na podstawie art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku
Praw Pacjenta **upoważniam**

Pana/Panią*:

.....
(Imię i nazwisko)

PESEL														
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

do odbioru dokumentacji medycznej:
.....
.....
.....

za okres.....

Ponadto oświadczam, iż zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości cofnięcia udzielonego upoważnienia.

.....
data i czytelny podpis osoby upoważniającej

Druk po wypełnieniu podlega ochronie zgodnie z przepisami prawnymi z zakresu ochrony danych osobowych



SZPITAL SPECJALISTYCZNY W CHORZOWIE

ul. Zjednoczenia 10, 41-500 Chorzów

NIP: 627 23 23 217, REGON: 271503395, KRS: 0000050560

tel. +48 (32) 346 36 15, fax. +48 (32) 241 47 33

e-mail: sekretariat@sswch.pl

www.sswch.pl



Załącznik nr 3 do Zarządzenia nr 60.

Chorzów, dnia

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ OSOBIE BLISKIEJ – PO ZMARŁEJ (-ŁYM) PACJENCIE

WNIOSKODAWCA

Imię i nazwisko Wnioskodawcy	
PESEL lub data urodzenia (dd-m-rr)	
Adres zamieszkania:	
Telefon:	
Adres e-mailowy:	

Niniejszym wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej Pacjenta

.....
(imię i nazwisko)

o numerze pesel:

PESEL																				
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

zmarłej (-łym) w dniu

.....

Niniejszym oświadczam, że jestem w stosunku do zmarłej (-ego) osobą bliską w rozumieniu przepisów prawa pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

.....
(wpisać stopień pokrewieństwa)

Nadto oświadczam, że udostępnieniu nie sprzeciwia się inna osoba bliska wskazanego powyżej pacjenta lub nie sprzeciwił się temu pacjent za życia w innej jednostce medycznej, o której mam wiedzę.

Oświadczam, że z uwagi na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej przewidziany w art. 26 i 27 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i/lub RODO. Wniosek ten zostanie rozpatrzony przez Szpital Specjalistyczny w Chorzowie bez zbędnej zwłoki z kolejnością jego wpływu do jednostki. Szpital nie pobiera opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej po raz pierwszy w żądanym zakresie. Administratorem Pani / Pana danych osobowych jest Szpital Specjalistyczny w Chorzowie, który przetwarza Pani / Pana dane w celu realizacji obowiązków i zadań ciążących na Administratorze, określonych w obowiązujących przepisach prawa. Pełna wersja klauzuli informacyjnej dostępna jest u Administratora danych na stronie internetowej www.sswch.pl

.....

Data i podpis Wnioskodawcy

Druk po wypełnieniu podlega ochronie zgodnie z przepisami prawnymi z zakresu ochrony danych osobowych



SZPITAL SPECJALISTYCZNY W CHORZOWIE

ul. Zjednoczenia 10, 41-500 Chorzów

NIP: 627 23 23 217, REGON: 271503395, KRS: 0000050560

tel. +48 (32) 346 36 15, fax. +48 (32) 241 47 33

e-mail: sekretariat@sswch.pl

www.sswch.pl



Załącznik nr 4 do Zarządzenia nr 60

Chorzów, dnia

ODWOŁANIE UPOWAŻNIENIA DO UZYSKIWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ORAZ INFORMACJI O STANIE ZDROWIA

WNIOSKODAWCA

Imię i nazwisko Wnioskodawcy	
PESEL lub data urodzenia (dd-m-rr)	
Adres zamieszkania:	
Telefon:	
Adres e-mailowy:	

Z dniem odwołuję Upoważnienie do udostępnienia dokumentacji medycznej
oraz uzyskiwania informacji o stanie zdrowia przeze mnie Pani / Pana

.....
(imię i nazwisko)

Administratorem Pani / Pana danych osobowych jest Szpital Specjalistyczny w Chorzowie, który przetwarza Pani / Pana dane w celu realizacji obowiązków i zadań ciążących na Administratorze, określonych w obowiązujących przepisach prawa. Pełna wersja klauzuli informacyjnej dostępna jest u Administratora danych na stronie internetowej www.sswch.pl

.....
Podpis Odwołującego

Druk po wypełnieniu podlega ochronie zgodnie z przepisami prawnymi z zakresu ochrony danych osobowych