

**Dane wnioskodawcy :****WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Imię i nazwisko: .....

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres: .....

Adres e-mail: .....

Nr tel.: .....

WYRAŻAM wyraźną zgodę na przetwarzanie moich danych biometrycznych tj. cech behawioralnych mojego podpisu (siłę nacisku, kąt pisma, prędkość pisma) w celu elektronicznego odwzorowania niniejszego formularza.

.....  
Data i czytelny podpis wnioskodawcy

Imię i nazwisko pacjenta: .....

**Dokumentacja medyczna:**

PESEL (wypełnić, jeśli inny niż wnioskodawcy):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ja, niżej podpisany wnioskuję o (zaznaczyć właściwe):

- wydanie kopii, wyciągu, odpisu, wydruku dokumentacji medycznej,
- wgląd w dokumentację medyczną w siedzibie Spółki,
- udostępnienie kopii dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych,
- sporządzenie kopii modelu ortodontycznego,
- wydanie oryginału dokumentacji medycznej za potwierdzeniem odbioru i z obowiązkiem zwrotu (wydanie oryginału możliwe jest wyłącznie w przypadku, gdy zwłoka w wydaniu kopii dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta).

**Sposób odbioru dokumentacji medycznej (zaznaczyć właściwe):**

Zakres dokumentacji medycznej: .....

- osobiście z siedziby Spółki,
- listownie za pośrednictwem Poczty Polskiej,
- elektronicznie na adres e-mail: .....
- poprzez osobę upoważnioną tj.:

imię i nazwisko: .....

PESEL:


Pierwsza kopia dokumentacji medycznej udostępniana wnioskodawcy jest bezpłatna. Każda kolejna kopia jest płatna. Przy czym za kolejne kopie uznaje się w szczególności dokumentację medyczną w zakresie, w jakim była uprzednio udostępniona.

W przypadku, gdy kolejna kopia dokumentacji medycznej przekazywana jest drogą pocztową, wnioskodawca dodatkowo pokrywa koszty przesyłki, w wysokości zgodnej z cennikiem usług Poczty Polskiej.

Zobowiązuję się do uiszczenia opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej, stosownie do obowiązujących stawek, nawet w przypadku nieodebrania wnioskowanej dokumentacji.

.....  
Data i podpis wnioskodawcy

Niniejszym potwierdzam odbiór (zaznaczyć właściwe):

- oryginału dokumentacji medycznej, z obowiązkiem zwrotu oryginału dokumentacji medycznej, w terminie do dnia ..... r.
- kopii dokumentacji medycznej.

.....  
Data i podpis wnioskodawcy

---

### Wypełnia Rejestracja:

---

WNIOSEK nr .....

Data przyjęcia do realizacji: .....r.

Imię i nazwisko pracownika przyjmującego wniosek: .....

Opłata za udostępnienie dokumentacji medycznej:

..... liczba stron kopii papierowej X ..... stawka za 1 stronę = ..... PLN

..... liczba stron wyciągu/odpisu X ..... stawka za 1 stronę = ..... PLN

informatyczny nośnik danych = ..... PLN

kopia modelu ortodontycznego = ..... PLN

opłata pocztowa = ..... PLN

RAZEM DO ZAPŁATY: ..... PLN

Imię i nazwisko pracownika wydającego dokumentację: .....

.....  
data i podpis

#### KLAUZULA INFORMACYJNA

(dostępna również w polityce prywatności <http://www.mcs-przychodnia.pl>)

1. Administratorem danych osobowych wnioskodawcy jest **Mazowieckie Centrum Stomatologii sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (00-301), przy ul. Nowy Zjazd 1**
2. Inspektorem ochrony danych jest **pani Iga Paplińska**. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości związanych z przetwarzaniem dotyczących Pani/Pana danych, proszę nie wahać się skontaktować z nim pod adresem: [iod@mcs-przychodnia.pl](mailto:iod@mcs-przychodnia.pl) lub nr tel.: 22 5569400.
3. Podstawą prawną przetwarzania danych wnioskodawcy jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO), tj. udostępnienia dokumentacji medycznej zgodnie z art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjentach i Rzeczniku Praw Pacjenta. Nadto będziemy przetwarzać dane szczególnej kategorii wnioskodawcy w zakresie danych biometrycznych (cechy behawioralne podpisu) wyłącznie na podstawie jego zgody (art. 9 ust. 2 lit. a RODO).
4. Nadto dane osobowe mogą być wykorzystywane przy obronie przed roszczeniami prawnymi lub w celu ich dochodzenia.
5. Dane osobowe przekazane na podstawie pkt. 3 będą udostępniane osobom, o których mowa w art. 9 ust. 3 RODO (osoby wykonujące zawód medyczny) oraz osobom i podmiotom upoważnionym przez administratora, w ramach wykonywania czynności służbowych, ściśle powiązanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, a także innym podmiotom na mocy stosownych przepisów (np.: sądy, policja, NFZ, Ministerstwo Zdrowia).
6. Dane osobowe nie będą przekazywane do **państw trzecich / organizacji międzynarodowych**.
7. Dane osobowe przekazane na podstawie pkt. 3 będą przechowywane przez okres 20 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym przypadał ostatnio wyznaczony termin wizyty pacjenta.
8. Przysługuje prawo dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, złożenia sprzeciwu, prawo do wycofania zgody, prawo do przenoszenia, prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych, prawo do usunięcia danych osobowych. Więcej informacji o prawach osób, których dane dotyczą znajdzie Pani/Pan w art. 12-23 RODO
9. Jeśli uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do **Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych**, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa. Więcej informacji o zasadach wnoszenia skarg znajdzie Pan/Pani pod adresem: <https://uodo.gov.pl/pl/p/skargi>.
10. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest **dobrowolne**, jednak ich niepodanie uniemożliwi przyjęcie i realizację wniosku.
11. Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany.