

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ  
WYTWORZONEJ W UNIWERSYTECKIM CENTRUM STOMATOLOGII W LUBLINIE**

**I. Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji**

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Numer telefonu kontaktowego: .....

**II. Osoba zgłaszająca wniosek jest:** *(proszę zaznaczyć właściwe)*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pacjentem                        | <input type="checkbox"/> Przedstawicielem ustawowym Pacjenta <i>(np. rodzic dla dziecka niepełnoletniego)</i> |
| <input type="checkbox"/> Osobą upoważnioną przez Pacjenta | <input type="checkbox"/> Osobą bliską dla zmarłego Pacjenta   |

**III. Dane Pacjenta, którego dokumentacja dotyczy***(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż Pacjent)*

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

**IV. Zakres wnioskowanej dokumentacji** *(proszę podać nazwę Poradni oraz okres leczenia, którego dotyczy dokumentacja)*

Dotyczy leczenia w Poradni.....

w okresie .....

**V. Forma udostępnienia dokumentacji** *(proszę zaznaczyć właściwe)*

- do wglądu w siedzibie UCS w Lublinie
- wydanie kopii/wydruku dokumentacji medycznej
- odpis
- wyciąg
- na elektronicznym nośniku danych (płyta CD)
- wypożyczenie oryginału *(wyłącznie w przypadku, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia Pacjenta lub w przypadku zdjęcia radiologicznego wykonanego na kliszy, z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu)*
- w innej formie .....

**VI. Sposób odbioru dokumentacji** *(proszę zaznaczyć właściwe)*

- . odbiorę osobiście
- odbierze osobiście osoba pisemnie przeze mnie upoważniona
- inny sposób odbioru (wpisać jaki).....

..... <b>Data</b>	..... <b>Czytelny podpis osoby składającej wniosek</b>
----------------------	---

**VII. Potwierdzenie wpływu (wypełnia pracownik UCS w Lublinie)**

.....  
 data i podpis pracownika przyjmującego wniosek

**VIII. Potwierdzenie wydania/odbioru dokumentacji****Dokumentacja: (zaznaczyć właściwe)**

- odebrana osobiście przez pacjenta,
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
- upoważnienie w dokumentacji medycznej,
  - odrębne pisemne upoważnienie.
- udostępniona do wglądu.

.....  
 data i podpis pracownika wydającego dokumentację

.....  
 data i podpis osoby odbierającej dokumentację

**Klauzula Informacyjna (RODO) dla Uniwersyteckiego Centrum Stomatologii w Lublinie**

Zgodnie z art. 13 i 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO), informujemy, że:

**1. Administrator Danych Osobowych**

Administratorem Państwa danych osobowych jest Uniwersyteckie Centrum Stomatologii w Lublinie, z siedzibą przy Dra Witolda Choźki 6, Lublin.

**2. Inspektor Ochrony Danych**

W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych mogą Państwo kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: iod@ucs.lublin.pl lub telefonicznie pod numerem 81 502 17 87.

**3. Cele Przetwarzania Danych**

Państwa dane osobowe przetwarzane są w celu:

- Udostępnienia dokumentacji medycznej na Państwa wniosek lub wniosek uprawnionych podmiotów.
- Spełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze, wynikających z przepisów prawa, w szczególności dotyczących ochrony zdrowia.

**4. Podstawa Prawna Przetwarzania**

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych jest:

- **Artykuł 6 ust. 1 lit. c RODO** – przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, w szczególności w związku z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
- **Artykuł 9 ust. 2 lit. h RODO** – przetwarzanie jest niezbędne do celów profilaktyki zdrowotnej, diagnozy medycznej, świadczenia usług medycznych lub zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej.

**5. Odbiorcy Danych**

Państwa dane osobowe mogą być udostępniane:

- Osobom upoważnionym przez Państwa, na podstawie udzielonego pełnomocnictwa lub zgody.
- Organom publicznym oraz innym podmiotom uprawnionym do dostępu do dokumentacji medycznej na podstawie przepisów prawa.
- Podmiotom świadczącym usługi na rzecz Uniwersyteckiego Centrum Stomatologii, w zakresie niezbędnym do realizacji tych usług, z zachowaniem poufności i odpowiedniego zabezpieczenia danych.

**6. Okres Przechowywania Danych**

Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wymagany przepisami prawa, w szczególności zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a następnie usunięte zgodnie z obowiązującymi przepisami.

**7. Prawa Przysługujące Państwu**

Mają Państwo prawo do:

- Dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii.
- Sprostowania swoich danych, jeśli są one nieprawidłowe lub niekompletne.
- Żądania ograniczenia przetwarzania swoich danych w określonych przypadkach.
- Wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych na podstawie prawnie uzasadnionego interesu administratora.
- Wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeśli uznają Państwo, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.

**8. Dobrowolność Podania Danych**

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie może uniemożliwić realizację wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej.

**9. Automatyczne Podejmowanie Decyzji i Profilowanie**

Państwa dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji ani profilowaniu.