

**Regulamin udostępniania dokumentacji medycznej
w Hospicjum Sióstr Felicjanek im. bł. Hanny Chrzanowskiej
ul. Nowowiejska 10a, 00-653 Warszawa**

§1 Zakres przedmiotowy

Regulamin określa zasady udostępniania dokumentacji medycznej uprawnionym podmiotom.

§2 Podmioty uprawnione

1. Dokumentacja medyczna podlega udostępnieniu:

- a) pacjentowi;
- b) przedstawicielowi ustawowemu pacjenta;
- c) osobie upoważnionej przez pacjenta; wzór pełnomocnictwa stanowi Załącznik nr 2.

2. Osobom, od których pozyskuje się dane w związku z udostępnieniem dokumentacji medycznej, przedstawia się klauzulę informacyjną, z Załącznika nr 7 oraz w wersji skróconej umieszcza się ją na formularzach.

§3 Udostępnianie dokumentacji po śmierci pacjenta

Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana:

- a) osobie upoważnionej przez pacjenta za życia;
- b) osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym;
- c) osobie bliskiej, chyba że sprzeciwi się temu inna osoba bliska lub pacjent za życia.

§4 Podmioty uprawnione z mocy prawa

1. Dokumentacja medyczna podlega udostępnieniu m.in.:

- a) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych;
- b) organom władzy publicznej, w tym Rzecznikowi Praw Pacjenta i NFZ;
- c) organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom w ochronie zdrowia;
- d) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom i prokuraturom;
- e) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności;
- f) zakładom ubezpieczeń za zgodą pacjenta.

2. Wydanie dokumentacji medycznej podmiotom wymienionym w ustępie 1 jest dokumentowane przez potwierdzenie, którego wzór stanowi Załącznik nr 4.

§5 Formy udostępniania dokumentacji

1. Udostępnienie dokumentacji medycznej może nastąpić poprzez:

- a) wgląd w siedzibie podmiotu leczniczego;
- b) sporządzenie kopii, odpisów lub wyciągów;
- c) przekazanie na informatycznym nośniku danych;
- d) udostępnienie oryginałów za pokwitowaniem;
- e) przekazanie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
- f) wykonanie odwzorowania cyfrowego (skanu) dokumentacji papierowej.

2. Każde udostępnienie dokumentacji jest ewidencjonowane zgodnie ze wzorem z Załącznika nr 6.

§6 Formy składania wniosków

1. Wnioski o udostępnienie dokumentacji medycznej mogą być składane osobiście, listownie lub drogą elektroniczną, lub innymi drogami dopuszczonymi prawem.
2. Wzór wniosku stanowi Załącznik nr 1.
3. Wzór potwierdzenia złożenia wniosku osobiście stanowi Załącznik nr 5.

§7 Terminy udostępniania dokumentacji

Dokumentacja medyczna jest udostępniana bez zbędnej zwłoki, w możliwie najkrótszym terminie.

§8 Opłaty za udostępnienie dokumentacji

1. Pierwsza kopia dokumentacji medycznej udostępniana jest bezpłatnie.
2. Za kolejne kopie mogą być pobierane opłaty, których maksymalna wysokość wynosi:
 - a) 0,002 przeciętnego wynagrodzenia za jedną stronę wyciągu albo odpisu;
 - b) 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia za jedną stronę kopii albo wydruku;
 - c) 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia za udostępnienie na informatycznym nośniku danych.

§9 Procedura udostępniania

1. Każde udostępnienie dokumentacji wymaga odnotowania w ewidencji zawierającej dane pacjenta, zakres udostępnionej dokumentacji, dane odbiorcy i datę udostępnienia.
2. Wzór potwierdzenia odbioru dokumentacji stanowi Załącznik nr 3.

§10 Zachowanie poufności

Osoby, którym udostępniono dokumentację medyczną, są zobowiązane do zachowania w tajemnicy informacji w niej zawartych, także po śmierci pacjenta.

§11 Odmowa udostępnienia dokumentacji

Placówka może odmówić udostępnienia dokumentacji medycznej w przypadku braku uprawnień osoby wnioskującej lub uzasadnionego podejrzenia naruszenia praw pacjenta, lub osób trzecich.

§12 Postanowienia końcowe

W sprawach nieuregulowanych niniejszym regulaminem zastosowanie mają przepisy powszechnie obowiązującego prawa, w szczególności ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2024 r. poz.581).

Załącznik nr 1

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej – wzór

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:

Nr PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

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

Imię i nazwisko:

Nr PESEL:

Wnioskuję o:

– wydanie kopii dokumentacji medycznej w całości* / w następującym zakresie*

..... (wskazać, w jakim zakresie – które karty);

– udostępnienie dokumentacji medycznej w innej formie (wskazać, w jakiej).

Rodzaj dokumentacji medycznej, której wniosek dotyczy:

– nazwa oddziału / poradni / pracowni:

.....

– okres leczenia, którego dokumentacja dotyczy:

Dokumentację:

– odbiorę osobiście*,

– proszę wysłać na adres*:,

– odbierze osoba upoważniona, za okazaniem upoważnienia*.

Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.

* niepotrzebne skreślić

.....
(miejscowość, data) (podpis pacjenta)

.....
(miejscowość, data) (imię i nazwisko oraz podpis osoby odbierającej oświadczenie od pacjenta)

Klauzula informacyjna dla osób, od których pozyskuje się dane w związku z udostępnieniem dokumentacji medycznej – wersja skrócona. 1) Administratorem danych osobowych jest Hospicjum Sióstr Felicjanek im. bł. Hanny Chrzanowskiej, ul. Nowowiejska 10a, 00-653 Warszawa. 2) Z inspektorem ochrony danych wyznaczonym przez Administratora można skontaktować się pod adresem e-mail: iod@karsten.pl. 3) Podane dane będą przetwarzane w celu realizacji obowiązku prawnego administratora związanego z udostępnianiem dokumentacji medycznej uprawnionym podmiotom zgodnie art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w celu realizacji prawnie uzasadnionego interesu dla zapewnienia rozliczalności działań Administratora. 4) W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych, do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia ich przetwarzanie, a także prawo do wniesienia sprzeciwu oraz skargi do organu nadzorczego. Więcej informacji można uzyskać u Administratora.

Załącznik nr 2

Pełnomocnictwo do odbioru dokumentacji medycznej – wzór

Ja, niżej podpisany, zamieszkały w (DPS) przy ul., legitymujący się dowodem osobistym numer wydanym przez, numer PESEL ustanawiam pełnomocnika w osobie, zamieszkałej w przy ul., legitymującą się dowodem osobistym numer wydanym przez, numer PESEL uprawnionego na podstawie niniejszego dokumentu do reprezentowania mnie w Domu Pomocy Społecznej w w sprawach dotyczących (określenie zakresu spraw) wraz z prawem dostępu do mojej dokumentacji osobowej, w tym zawierającej dane dotyczące stanu zdrowia.

Pełnomocnik nie może ustanawiać dla mocodawcy innych pełnomocników (substytutów).

Niniejsze pełnomocnictwo może być w każdym czasie odwołane - wówczas na niniejszym dokumencie będzie dokonana adnotacja "pełnomocnictwo odwołanie z dniem".

.....
(podpis osoby udzielającej pełnomocnictwa)

Oświadczam, że pełnomocnictwo przyjąłem:
.....

Klauzula informacyjna dla osób, od których pozyskuje się dane w związku z udostępnieniem dokumentacji medycznej – wersja skrócona. 1) Administratorem danych osobowych jest Hospicjum Sióstr Felicjanek im. bł. Hanny Chrzanowskiej, ul. Nowowiejska 10a, 00-653 Warszawa. 2) Z inspektorem ochrony danych wyznaczonym przez Administratora można skontaktować się pod adresem e-mail: iod@karsten.pl. 3) Podane dane będą przetwarzane w celu realizacji obowiązku prawnego administratora związanego z udostępnianiem dokumentacji medycznej uprawnionym podmiotom zgodnie art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w celu realizacji prawnie uzasadnionego interesu dla zapewnienia rozliczalności działań Administratora. 4) W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych, do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia ich przetwarzanie, a także prawo do wniesienia sprzeciwu oraz skargi do organu nadzorczego. Więcej informacji można uzyskać u Administratora.

Załącznik nr 3

Potwierdzenie odbioru dokumentacji medycznej pacjentowi lub innej osobie – wzór

Imię i nazwisko pacjenta:

Nr PESEL pacjenta:

Imię i nazwisko osoby odbierającej dokumentację:

.....

Nr PESEL osoby odbierającej dokumentację:

.....

Oświadczam, że potwierdzam odbiór mojej dokumentacji medycznej / dokumentacji medycznej dot.

..... (miejscowość, data) (czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

Przed podpisaniem ww. oświadczenia i wydaniem dokumentacji medycznej potwierdziłam(-em) tożsamość pacjenta / osoby odbierającej dokumentację na podstawie okazanego mi dokumentu tożsamości.

.....
(data) (imię i nazwisko oraz podpis osoby odbierającej powyższe oświadczenie)

Klauzula informacyjna dla osób, od których pozyskuje się dane w związku z udostępnieniem dokumentacji medycznej – wersja skrócona. 1) Administratorem danych osobowych jest Hospicjum Sióstr Felicjanek im. bł. Hanny Chrzanowskiej, ul. Nowowiejska 10a, 00-653 Warszawa. 2) Z inspektorem ochrony danych wyznaczonym przez Administratora można skontaktować się pod adresem e-mail: iod@karsten.pl. 3) Podane dane będą przetwarzane w celu realizacji obowiązku prawnego administratora związanego z udostępnianiem dokumentacji medycznej uprawnionym podmiotom zgodnie art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w celu realizacji prawnie uzasadnionego interesu dla zapewnienia rozliczalności działań Administratora. 4) W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych, do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia ich przetwarzanie, a także prawo do wniesienia sprzeciwu oraz skargi do organu nadzorczego. Więcej informacji można uzyskać u Administratora.

Załącznik nr 4

Potwierdzenie wydania oryginału dokumentacji medycznej podmiotom uprawnionym z mocy prawa – wzór

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

Imię i nazwisko:

Nr PESEL:

Nazwa i adres organu władzy publicznej* / sądu* / prokuratury* żądającej oryginału
dokumentacji medycznej:
.....

Imię, nazwisko i nr PESEL osoby odbierającej dokumentację:
.....

Numer legitymacji służbowej* / znak sprawy* / sygnatura akt*:
.....

* niepotrzebne skreślić

Przed podpisaniem ww. oświadczenia i wydaniem dokumentacji medycznej
potwierdziłam(-em) tożsamość osoby odbierającej dokumentację na podstawie okazanego mi
dokumentu tożsamości / legitymacji służbowej.

.....
(miejscowość, data) (imię i nazwisko oraz podpis osoby
odbierającej oświadczenie od pacjenta)

Klauzula informacyjna dla osób, od których pozyskuje się dane w związku z udostępnieniem dokumentacji medycznej – wersja skrócona. 1) Administratorem danych osobowych jest Hospicjum Sióstr Felicjanek im. bł. Hanny Chrzanowskiej, ul. Nowowiejska 10a, 00-653 Warszawa. 2) Z inspektorem ochrony danych wyznaczonym przez Administratora można skontaktować się pod adresem e-mail: iod@karsten.pl. 3) Podane dane będą przetwarzane w celu realizacji obowiązku prawnego administratora związanego z udostępnianiem dokumentacji medycznej uprawnionym podmiotom zgodnie art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w celu realizacji prawnie uzasadnionego interesu dla zapewnienia rozliczalności działań Administratora. 4) W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych, do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia ich przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu oraz skargi do organu nadzorczego. Więcej informacji można uzyskać u Administratora.

Załącznik nr 5

Notatka dokumentująca złożenie ustnego wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej

W dniu Wnioskodawca:

Imię i nazwisko:

Nr PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

w formie ustnej zawnioskował o udostępnienie dokumentacji medycznej niżej wymienionego

Pacjenta

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

Imię i nazwisko:

Nr PESEL:

Wnioskodawca oświadczył, że jest dla Pacjenta:

- przedstawicielem ustawowym,
 - osobą upoważnioną przez Pacjenta,
 - spadkobiercą (potwierdzić, przedkładając odpis aktu zgonu),
- i składa wniosek o:
- wydanie kopii dokumentacji medycznej,
 - udostępnienie dokumentacji medycznej w innej formie (wskazać, w jakiej).

Rodzaj dokumentacji medycznej, której wniosek dotyczy:

- nazwa oddziału / poradni / pracowni:
- okres leczenia, którego dokumentacja dotyczy:

Nadto Wnioskodawca oświadczył, że dokumentację:

- odbierze / będzie przeglądał osobiście*,
- należy wysłać na adres*:,
- odbierze osoba upoważniona, za okazaniem upoważnienia*.

Wnioskodawca został poinformowany o kosztach udostępnienia i zobowiązał się do ich poniesienia.

.....
(data i podpis pracownika sporządzającego notatkę)

Załącznik nr 6**Ewidencja o udostępnienia dokumentacji medycznej**

Lp.	Imię i nazwisko pacjenta, którego dotyczy dokumentacja medyczna	Sposób udostępnienia dokumentacji medycznej	Zakres udostępnionej dokumentacji medycznej	Imię i nazwisko osoby, której została udostępniona dokumentacja medyczna lub nazwa uprawnionego organu lub podmiotu	Data udostępnienia dokumentacji medycznej	Imię i nazwisko oraz podpis osoby, która udostępniła dokumentację medyczną
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

Załącznik nr 7

Klauzula informacyjna dla osób, od których pozyskuje się dane w związku z udostępnieniem dokumentacji medycznej

Na podstawie

art. 8 Dekretu ogólnego w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych w Kościele katolickim wydanego przez Konferencję Episkopatu Polski, w dniu 13 marca 2018 r., podczas 378. Zebrania Plenarnego w Warszawie, na podstawie kan. 455 Kodeksu Prawa Kanonicznego, w związku z art. 18 Statutu KEP, po uzyskaniu specjalnego zezwolenia Stolicy Apostolskiej z dnia 3 czerwca 2017 r., dalej jako Dekret

oraz

art. 13 ust.1 i 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 tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, dalej jako RODO

informuje się, iż:

1) [Tożsamość administratora i dane kontaktowe]

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Hospicjum Sióstr Felicjanek im. bł. Hanny Chrzanowskiej, ul. Nowowiejska 10a, 00-653 Warszawa

2) [Przedstawicie Administratora]

Z inspektorem ochrony danych wyznaczonym przez Administratora można skontaktować się pod adresem e-mail: iod@karsten.pl

3) [Cel przetwarzania i podstawa prawna przetwarzania]

I. prawo

Administrator danych przetwarza Pani/Pana dane osobowe:

- w celu realizacji obowiązku prawnego administratora, czyli na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 3 Dekretu lub art. 6 ust. 1 lit. c RODO oraz, gdy ma to zastosowanie, na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 2 Dekretu lub art. 9 ust. 2 lit. b RODO, związanego, w szczególności z obowiązkiem, o którym w art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
- w celu przetwarzanie danych w związku zarządzaniem systemami i usługami opieki zdrowotnej (art. 9 ust. 2 lit. h RODO)
- gdy przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z interesem publicznym w dziedzinie zdrowia publicznego, czyli na podstawie art. 9 ust. 2 lit. i RODO

Podanie tych danych jest obowiązkowe i wynika z przepisów prawa.

III. prawnie uzasadniony interes Administratora

Administrator przetwarza też Pani/Pana w celu realizacji swojego prawnie uzasadnionego interesu, czyli na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO lub art. 7 ust. 1 pkt 6 Dekretu w zapewnieniu rozliczalności działań Administratora w związku z art. 5 ust. 2 RODO i art. 6 ust. 2 Dekretu.

4) [Odbiorcy danych lub kategorie odbiorców]

Odbiorcą danych osobowych Pani/Pana będą m.in.: pacjenci, osoby upoważnione przez pacjentów, organy nadzoru nad Administratorem (kościelne i świeckie), podmioty zewnętrzne, którym Administrator przekazuje dane w związku z organizacją swojej działalności np. podmioty doradcze, informatyczne, hostingowe, prawne i inne podmioty współpracujące z Administratorem, zawsze zgodnie z obowiązującym prawem.

Podmiotem przetwarzającym dane osobowe na rzecz Administratora może być również podmiot wykonujący usługi w zakresie obsługi płacowej, księgowej i administracyjnoprawnej.

Dane będą także ujawniane w celu realizacji obowiązków prawnych oraz podmiotom świadczącym usługi pocztowe lub podobne.

5) [Okres przechowywania danych]

Dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przez okres wymagany przepisami prawa dotyczącymi przechowywania dokumentacji medycznej.

6) [Prawa osób, których dane dotyczą]

W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych, do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia ich przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu oraz inne uprawnienia w tym zakresie wynikające z obowiązujących przepisów prawa kanonicznego lub prawa powszechnie obowiązującego.

7) [Informacje o przekazywaniu danych do państwa trzeciego]

Dane osobowe nie będą wysyłane do poza granice Rzeczypospolitej Polskiej.

8) [Informacje o przetwarzaniu automatycznym]

Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym profilowane w rozumieniu RODO.

9) [Organ nadzorczy]

W przypadku uznania, że dane Pani/Pana są przetwarzane niezgodnie z prawem przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych, czyli odpowiednio do zakresu sprawy Kościelnego Inspektora Ochrony Danych lub Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

10) [Odesłanie]

Więcej informacji o przetwarzaniu danych można uzyskać do Administratora, kontaktując się na adres wskazany w pkt 1.

Klauzula informacyjna dla osób, od których pozyskuje się dane w związku z udostępnieniem dokumentacji medycznej – wersja skrócona

1) Administratorem danych osobowych jest Hospicjum Sióstr Felicjanek im. bł. Hanny Chrzanowskiej, ul. Nowowiejska 10a, 00-653 Warszawa. 2) Z inspektorem ochrony danych wyznaczonym przez Administratora można skontaktować się pod adresem e-mail: iod@karsten.pl. 3) Podane dane będą przetwarzane w celu realizacji obowiązku prawnego administratora związanego z udostępnianiem dokumentacji medycznej uprawnionym podmiotom zgodnie art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w celu realizacji prawnie uzasadnionego interesu dla zapewnienia rozliczalności działań Administratora. 4) W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych, do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia ich przetwarzanie, a także prawo do wniesienia sprzeciwu oraz skargi do organu nadzorczego. Więcej informacji można uzyskać u Administratora.