



## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie kopii dokumentacji medycznej:

.....  
(imię, nazwisko, PESEL Pacjenta)

Za okres leczenia od: ..... do: .....

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania mi dokumentacji medycznej, o której mowa w art. 24 ust. 1, art. 26 ust. 1 i 2 oraz w art. 27 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku Pacjenta, (Dz. U z 2009r. Nr 52 poz. 417).

Bieruń, .....dnia

.....  
(podpis Wnioskującego)

### Prośba o przesłanie informacji drogą elektroniczną

Ja wyżej podpisana/y ....., zwracam się z prośbą o przesłanie informacji dotyczących mojego leczenia/wyników badań za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres email: .....

Ponadto oświadczam, że zapoznałam/em się z poniższą klauzulą informacyjną i przyjąłem jej tekst do wiadomości.

.....  
Data i podpis

---

Po sprawdzeniu tożsamości Odbierającego, potwierdzam wydanie kopii dokumentacji medycznej:

Bieruń, .....dnia

.....  
(podpis pracownika Galen-Ortopedia Sp. z o.o.)

F.1/J1/G1/GALEN	Wydanie 4	Strona 1/2
-----------------	-----------	------------



### Galen-Ortopedia Sp. z o.o.

zgodnie z art. 13 ogólnego Rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuje, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest  
**Galen-Ortopedia Sp. z o.o., ul. Jerzego 6, 43-150 Bieruń**  
oraz **Galen Rehabilitacja Sp. z o.o., ul. Jerzego 6, 43-150 Bieruń** jako Współadministrator.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych jest możliwy przez pocztę elektroniczną pod adresem: iod@netbel.pl lub pisemnie pod adresem siedziby Administratora.
3. Pani/Pana adres poczty elektronicznej przetwarzany będzie dla potrzeb przesyłania informacji zgodnie z powyższą prośbą, na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. - jako udzielonej zgody na przetwarzanie adresu poczty elektronicznej.
4. Pani/Pana adres poczty elektronicznej przetwarzany będzie przez okres przechowywania dokumentacji medycznej lub wycofania prośby o przesyłanie informacji.
5. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty świadczące usługę obsługi poczty elektronicznej na rzecz Administratora.
6. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do cofnięcia udzielonej zgody w dowolnym momencie w zakresie, w którym nie stoi to w sprzeczności z obowiązującymi przepisami prawa i którego dotyczyła udzielona zgoda.
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych) jeżeli Pani/Pan uzna, że dane osobowe są przetwarzane z naruszeniem prawa.
8. Podanie adresu poczty elektronicznej w celu realizacji powyższej prośby jest dobrowolne lecz odmowa lub wycofanie zgody uniemożliwia Administratorowi prowadzenie korespondencji z wykorzystaniem poczty elektronicznej.