

Mikołów 05.10.2022 rok

**Komunikat
Prezesa/Dyrektora
Szpitala Św. Józefa Sp. z o.o. w Mikołowie**

w sprawie planowanego zniszczenia indywidualnej dokumentacji medycznej (zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną) pacjentów, którym badanie RTG zostało wykonane w latach 2006 – 2009 i możliwości ich odbioru

Na podstawie art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz.U. z 2020r. Poz. 849) Szpital Św. Józefa Sp. z o.o w Mikołowie informuje, że planowane jest zniszczenie dokumentacji medycznej, tj. zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie

Wnioski o wydanie dokumentacji planowanej do zniszczenia należy składać:

1. Pisemnie na adres: Szpital Św. Józefa Sp. z o.o, ul. Stefana Okrzei 27, 43-190 Mikołów,
2. elektronicznie na adres: archiwum@szpitalswjozef.pl
3. telefonicznie tel. 32 226 59 77-80 wew. 110 (w godzinach od 7²⁵ - 15⁰⁰) lub 32 226 59 73 wew. 254 (w godzinach od 7⁰⁰ - 14³⁵).

Wzór wniosku o wydanie dokumentacji stanowi Załącznik nr 1 do Komunikatu.

Osoby zainteresowane odbiorem dokumentacji medycznej planowanej do zniszczenia (pacjent / osoba przez niego upoważniona/ przedstawiciel ustawowy mogą odebrać dokumentację w Statystyce Szpitala.

Odbiór w/w dokumentacji możliwy jest po weryfikacji tożsamości poprzez okazanie dokumentu ze zdjęciem, potwierdzającego uprawnienie do odbioru, pokwitowaniu odbioru.

Wszelkich informacji dotyczących planowanego zniszczenia dokumentacji medycznej można uzyskać pod numerem telefonu: 32 226 59 77-80 wew. 110

Zniszczenie przedmiotowej dokumentacji nastąpi po miesiącu od dnia publikacji niniejszego komunikatu

PREZES ZARZĄDU

Paulina
s. Paulina Barbara Łuba

.....
Podpis Prezesa/Dyrektora

Mikołów 05.10.2022 rok

**Komunikat
Prezesa/Dyrektora
Szpitala Św. Józefa Sp. z o.o. w Mikołowie**

w sprawie planowanego zniszczenia indywidualnej dokumentacji medycznej (historii chorób) pacjentów hospitalizowanych w 2001 roku i możliwości jej odbioru

Na podstawie art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz.U. z 2020r. Poz. 849) Szpital Św. Józefa Sp. z o.o. w Mikołowie (zwany dalej Szpital) informuje, że planowane jest zniszczenie dokumentacji medycznej (historie chorób z lecznictwa stacjonarnego z 2001 roku).

Wnioski o wydanie dokumentacji planowanej do zniszczenia należy składać:

1. **Pisemnie** na adres: **Szpital Św. Józefa Sp. z o.o., ul. Stefana Okrzei 27, 43-190 Mikołów,**
2. **elektronicznie** na adres: archiwum@szpitalswjozef.pl
3. **telefonicznie** tel. **32 226 59 77-80 wew. 110** (w godzinach od 7²⁵ - 15⁰⁰) lub **32 226 59 73 wew. 254** (w godzinach od 7⁰⁰ - 14³⁵).

Wzór wniosku o wydanie dokumentacji stanowi Załącznik nr 1 do Komunikatu.

Osoby zainteresowane odbiorem dokumentacji medycznej planowanej do zniszczenia (pacjent / osoba przez niego upoważniona/ przedstawiciel ustawowy mogą odebrać dokumentację w Statystyce Szpitala.

Odbiór w/w dokumentacji możliwy jest po weryfikacji tożsamości poprzez okazanie dokumentu ze zdjęciem, potwierdzającego uprawnienie do odbioru, pokwitowaniu odbioru.

Wszelkich informacji dotyczących planowanego zniszczenia dokumentacji medycznej można uzyskać pod numerem telefonu: **32 226 59 77-80 wew. 110**

Zniszczenie przedmiotowej dokumentacji nastąpi nie wcześniej niż miesiąc od dnia publikacji niniejszego komunikatu.

PREZES ZARZĄDU

B. Łuba

s. Paulina Barbara Łuba

.....
Podpis Prezesa/Dyrektora

Mikołów, dnia

**WNIOSEK O WYDANIE ORYGINAŁU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
PRZEZNACZONEJ DO ZNISZCZENIA
WYPEŁNIA PACJENT/OSOBA UPOWAŻNIONA**

1. Ja niżej podpisana/y

Imię i nazwisko.....

Dane umożliwiające kontakt
(np. adres do korespondencji, telefon, e-mail)

PESEL

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

wniosuję o wydanie oryginału dokumentacji medycznej wydzielonej do zniszczenia,
znajdującej się w zasobach archiwum Szpitala Św. Józefa w Mikołowie.

- 1) mojego leczenia¹
- 2) leczenia osoby¹

Imię i nazwisko.....

PESEL

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

- której jestem przedstawicielem ustawowym/prawnym opiekunem
- która upoważniła mnie do odbioru dokumentacji medycznej na podstawie przedłożonego upoważnienia/pełnomocnictwa¹

2. Dokumentacja medyczna dotyczy

- 1) leczenia w oddzialew okresie od.....do.....
(nazwa oddziału)
- 2) zdjęcie RTG/TK wykonane wroku.

.....
(podpis pacjenta lub osoby przez niego
pisemnie upoważnionej)

¹niepotrzebne skreślić

PL

POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI

3. Potwierdzam odbiór oryginału w/w dokumentacji medycznej/zdjęcia RTG/TK
dotyczącej.....

.....
(imię i nazwisko)

.....
nr KG /rok

.....
oddział

Mikołów, dnia

.....
(czytelny podpis pacjenta/pełnomocnika/przedstawiciela
ustawowego/osoby upoważnionej)¹

.....
(czytelny podpis pracownika szpitala wydającego
dokumentację)

¹ niepotrzebne skreślić

Upoważnienie do odbioru oryginału dokumentacji medycznej przeznaczonej do zniszczenia

Informacja dla Pacjenta

Upoważnienie do odbioru oryginału dokumentacji medycznej wystawia osobiście Pacjent

....., dnia.....

I Dane Pacjenta

1. Imię i nazwisko.....
2. Pesel
3. Dane kontaktowe (numer telefonu, adres poczty elektronicznej lub adres zamieszkania)

II Upoważniam do odbioru dokumentacji medycznej przeznaczonej do zniszczenia następującą osobę:

.....
.....
(proszę podać imię i nazwisko oraz nazwę i numer dokumentu tożsamości osoby upoważnianej)

.....
(czytelny podpis Pacjenta)

Klauzula informacyjna

dotycząca przetwarzania danych osobowych osób upoważniających oraz upoważnionych do odbioru dokumentacji medycznej

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku (dalej: RODO) informuję, iż:

1. **Administratorem** Państwa danych osobowych jest Szpital Św. Józefa Sp. z o.o. , ul. Stefana Okrzei 27, 43-190 Mikołów, reprezentowany przez Prezesa/Dyrektora Szpitala.
2. **Administrator** wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, który sprawuje nadzór nad przestrzeganiem przepisów o ochronie danych osobowych. Dane kontaktowe: Mirosław Jarek poczta elektroniczna iod@szpitalswjozef.pl,
3. **Uzyskamy od Państwa** następujące dane w postaci: nazwisko i imię (imiona), data urodzenia, oznaczenie płci, numer PESEL, rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, numer telefonu, adres poczty elektronicznej.
4. **Państwa dane osobowe** będą przetwarzane w celu prowadzenia przez Administratora działalności leczniczej, w szczególności w celu świadczenia usług medycznych oraz prowadzenia wymaganej przepisami prawa dokumentacji medycznej.
5. **Podstawy prawne przetwarzania** danych osobowych przez Administratora stanowią przepisy RODO w tym między innymi art. 6 ust. 1 lit. a), c), d), oraz zapisy ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
6. **Państwa dane osobowe** Administrator może udostępniać upoważnionemu personelowi szpitala, osobom odbywającym staże i praktyki, podmiotom, z którymi szpital posiada umowy na świadczenie usług związanych z przetwarzaniem danych oraz organom państwowym.
7. **Mają Państwo** prawo dostępu do swoich danych osobowych, do żądania ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania lub wniesienia sprzeciwu, wycofania zgody na ich przetwarzanie.
8. **Podanie danych** osobowych jest dobrowolne, jednakże ich niepodanie będzie skutkowało niemożnością wydania dokumentacji medycznej.
9. **Państwa dane** osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
10. **Państwa dane** osobowe nie będą przetwarzane w celach marketingowych bez Państwa wyraźnej zgody oraz nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania. Bliższe informacje można uzyskać na naszej stronie internetowej <http://www.szpital.boromeuszki.org.pl/> w zakładce **Informacja o przetwarzaniu danych osobowych**.

Administrator Danych Osobowych