

OŚWIADCZENIE O UPOWAŻNIENIU DO UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Miejscowość:		
Data:		
Oświadczenie Pacjenta / Przedstawiciela ustawowego Pacjenta o upoważnieniu / nieudzieleniu upoważnienia do udostępnienia jego dokumentacji medycznej złożone w formie ustnej w obecności personelu SPZOZ IZABELIN podlega odnotowaniu przez personel, z wykorzystaniem niniejszego formularza.		
Imię i nazwisko osoby odnotowującej oświadczenie Pacjenta / Przedstawiciela ustawowego Pacjenta	Imię i nazwisko	Stanowisko

Dane identyfikujące Pacjenta: (A) (proszę podać dane umożliwiające identyfikację tożsamości Pacjenta)

Imię (imiona) Pacjenta	
Nazwisko Pacjenta	
Adres zamieszkania Pacjenta	
PESEL Pacjenta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
W przypadku noworodka – numer PESEL matki.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nr telefonu Pacjenta	
Data i miejsce urodzenia w przypadku cudzoziemca	

Składający oświadczenie (B) (proszę wpisać osobę która składa oświadczenie)

	Pacjent	Przedstawiciel ustawowy Pacjenta	Osoba upoważniona przez Przedstawiciela ustawowego Pacjenta	Opiekun prawny Pacjenta pozostającego pod jego opieką
Składający oświadczenie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Działając, jako uprawniony na podstawie art. 26 ust. 1 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta składam oświadczenie:

- O UPOWAŻNIENIU do uzyskiwania dokumentacji medycznej, przez niżej wymienioną osobę.
 O BRAKU UPOWAŻNIENIA KOGOKOLWIEK do uzyskiwania dokumentacji medycznej Pacjenta.

Zakres udzielonego upoważnienia:

- Dostęp do dokumentacji za życia Pacjenta.
 Dostęp do dokumentacji także po śmierci Pacjenta.

Imię (imiona) upoważnionego	
Nazwisko upoważnionego	
PESEL upoważnionego	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nr telefonu upoważnionego	
Data i miejsce urodzenia w przypadku cudzoziemca	

Oświadczam, że nie składałam/ałam oświadczenia za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta, o którym mowa w art. 7a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Oświadczam, że zostałam/ałam poinformowana/y o możliwości złożenia oświadczenia za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta i skutkach ich złożenia.

Miejsce i data	Podpis udzielającego upoważnienie	Data i podpis przyjmującego

1. Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych – RODO) informujemy, że:
2. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Izabelinie przy ul. Kazimierza Przerwy – Tetmajera 3A, (22) 722 61 14 mail: spzozizabelin@izabelin.pl
3. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod numerem adresem email (adres email) iod@spzozizabelin.pl
4. Pani/Pana dane osobowe są zbierane w celu niezbędnym do rejestrowania, ewidencjonowania i realizacji oświadczenia o upoważnieniu do udostępnienia dokumentacji medycznej. Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu udostępnienia wnioskowanej dokumentacji medycznej, skontaktowania, udzielenia informacji w związku z udostępnieniem dokumentacji – na podstawie Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 ust. 2 lit. h RODO;
5. Przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (Ustawa z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania).
6. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa, podmioty z którymi Administrator zawarł umowy powierzenia przetwarzania danych;
7. Pani/Pana dane osobowe dotyczące wniosku o udostępnianie dokumentacji medycznej przechowywane są przez okres 5 lat zgodnie z rzeczowym wykazem akt.
8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.
9. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych przez Administratora narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.
10. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Brak podania danych uniemożliwi upoważnienie do udostępnienia dokumentacji wskazanym przez pacjenta osobom.
11. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym w oparciu o profilowanie.

Zapoznałem się:

.....
Data i podpis upoważniającego