

**OŚWIADCZENIE PACJENTA O UPOWAŻNIENIU DO
UZYSKIWANIA INFORMACJI / DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Ja niżej podpisany/na:

.....
Nr PESEL upoważniającego (data urodzenia, gdy nie ma nadanego numeru PESEL)

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

Dokument potwierdzający tożsamość (tylko, gdy nie podano nr PESEL / daty urodzenia):

Rodzaj

Numer

Data ważnościKraj, w którym wystawiono dokument

1. Upoważniam Pana/Panią:

Nr PESEL /data urodzenia:

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

Udostępniam także kontakt z osobą upoważnioną - telefon:

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

2. Upoważniam Pana/Panią:

Nr PESEL /data urodzenia:

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

Udostępniam także kontakt z osobą upoważnioną - telefon:

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

Do otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych mi świadczeniach zdrowotnych;

Do otrzymania mojej dokumentacji medycznej w zakresie:

.....;

Do umawiania / modyfikacji / odwoływania moich wizyt w tym do pozyskiwania informacji o planowanych i zrealizowanych mi wizytach.

Do odbioru recept.

Inne:

.....

Niniejsze upoważnienie nie upoważnia do udzielania dalszych upoważnień oraz jest ważne do odwołania.

.....
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
Data i podpis osoby składającej wniosek

Szanowny Pacjencie,

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 26 kwietnia 2016 (Dz. Urz. UE L 2016, Nr 119, dalej RODO), informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Miejska w Pieszycach ul. Królowej Jadwigi 1, 58-250 Pieszycy, Rejestracja tel. 74 8365 362, 8365 030
2. Z Inspektorem można skontaktować się bezpośrednio pod adresem e-mail: iod@przychodniapieszycy.pl lub korespondencyjnie SPZOZ Przychodnia Pieszycy ul. Królowej Jadwigi 1, 58-250 Pieszycy
3. Pani/Pana osobowe przetwarzane są na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h) RODO. Dane przetwarzane są w celu: ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych, leczenia pacjentów, zarządzania udzielaniem usług medycznych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Przychodni Miejskiej w Pieszycach
4. Pani/Pana dane mogą być udostępniane innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. laboratorium zewnętrznym, kancelaria prawna, dostawcy oprogramowania) Pani/Pana dane będą przetwarzane przez okres wynikający z przepisów prawa, tj. z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
5. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu, oraz prawo do przenoszenia danych w przypadkach określonych w przepisach RODO
6. Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych
7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celów. Konsekwencją niepodania danych będzie odmowa udzielenia świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej
8. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej Pracownicy Przychodni, są zobowiązani do zachowania w tajemnicy, w trakcie zatrudnienia i po jego zakończeniu Pana/Pani danych osobowych i danych o stanie zdrowia. Przychodnia jest zobowiązane udzielić wymaganych przepisami prawa informacji, w terminie 30 dni, w zrozumiałej formie. Jeżeli osoba o to wnioskuje informacji udziela się na piśmie.