

Oświadczenie pacjenta / przedstawiciela ustawowego

.....
(imię i nazwisko pacjenta)

.....
(numer PESEL pacjenta)

Upoważniam do uzyskiwania informacji o moim/dziecku stanie zdrowia i o udzielonych mi/dziecku świadczeniach zdrowotnych, w tym o rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu osobę bliską: *

.....
(imię i nazwisko upoważnionego)

.....
(numer PESEL upoważnionego)

.....
(adres zamieszkania upoważnionego)

.....
(numer telefonu upoważnionego)

Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o moim/dziecku stanie zdrowia i o udzielonych mi/dziecku świadczeniach zdrowotnych. *

*zaznaczyć właściwe

.....
(data i czytelny podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego)

.....
*czytelny podpis dziecka powyżej 16 r.ż. ***

Upoważniam do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej mojego/dziecka stanu zdrowia oraz udzielonych mi/dziecku świadczeniach zdrowotnych osobę bliską.*

.....
(imię i nazwisko upoważnionego)

.....
(numer PESEL upoważnionego)

.....
(adres zamieszkania upoważnionego)

.....
(numer telefonu upoważnionego)

Nie upoważniam nikogo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej mojego/dziecka stanu zdrowia oraz udzielonych mi/dziecku świadczeniach zdrowotnych.*

*zaznaczyć właściwe

.....
(data i czytelny podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego)

.....
*czytelny podpis dziecka powyżej 16 r.ż. ***

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

- 1) administratorem Państwa danych osobowych jest Miejskie Centrum Medyczne „Polesie”, adres: ul. A. Struga 86, 90-557 Łódź;
- 2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@mcmpolesie.pl
- 3) administrator będzie przetwarzał dane osobowe Pacjentów w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze oraz w celu zapewnienia opieki zdrowotnej.
Dokładna podstawa prawna:
 - a) dane zawarte w dokumentacji medycznej Pacjenta - administrator przetwarza na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h) RODO w zw. z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
 - b) dane zebrane celem realizacji praw Pacjenta zawarte np. w odbieranych i archiwizowanych oświadczeniach, w których Pacjent upoważnia inne osoby do dostępu do dokumentacji medycznej oraz wyraża zgodę na udzielanie im informacji o stanie zdrowia Pacjenta - administrator przetwarza na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w zw. z art. 9 ust. 3 oraz art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
- 4) dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także:
 - a) podmiotom, z którymi administrator zawarł umowę w związku z realizacją usług zaopatrujących administratora w rozwiązania techniczne oraz organizacyjne, umożliwiające udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz zarządzanie organizacją administratora, w szczególności dostawcom usług teleinformatycznych, dostawcom sprzętu diagnostycznego oraz firmom kurierskim i pocztowym;
 - b) dostawcom usług prawnych i doradczych oraz wspierających administratora w dochodzeniu należnych roszczeń, w szczególności kancelariom prawnym oraz zewnętrznym audytorom;
- 5) administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 6) mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

- 1) dane osobowe Pacjentów zawarte w dokumentacji medycznej będą przechowywane zgodnie z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tj. przez okres 20 lat od dnia dokonania w niej ostatniego wpisu z wyjątkami przewidzianymi w ww. ustawie;
- 2) Pacjentom przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia niektórych danych np. numeru telefonu, adresu poczty elektronicznej (dane przetwarzane na podstawie zgody) oraz danych, których minął okres przechowywania. Dodatkowo Pacjentowi przysługuje prawo ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 3) podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Administrator jako podmiot leczniczy jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób określony przepisami prawa, w tym do oznaczenia tożsamości Pacjenta z wykorzystaniem jego danych osobowych. Niepodanie danych może skutkować odmową rezerwacji wizyty, czy odmową udzielenia świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej;
- 4) administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

U W A G A ! Wypełnić tylko w przypadku cofania nadanych upoważnień!!!

Cofam wskazane powyżej upoważnienie/a z dniem

.....
*czytelny podpis dziecka powyżej 16 r.ż. ***

.....
podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego

Legenda:

- wstaw znak „X” we właściwym miejscu. Oświadczenia – zgodę pacjenta na przyjęcie do Poradni wypełnia wyłącznie pacjent lub przedstawiciel ustawowy.

** Jeżeli pacjent ukończył 16 lat a nie ma skończonych 18 informacja powinna być podwójna tj. adresowana do pacjenta i jego przedstawiciela ustawowego.

W przypadku cofnięcia wskazanych upoważnień niniejsze oświadczenie traci ważności i pacjent wypełnia nowe oświadczenia zgodnie ze swoją wolą.

Osoba bliska – małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta.