

OŚWIADCZENIE O UPOWAŻNIENIU DO UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Miejscowość:	
Data:	
Oświadczenie Pacjenta / Przedstawiciela ustawowego Pacjenta o upoważnieniu / nie udzieleniu upoważnienia do udostępnienia jego dokumentacji medycznej złożone w formie ustnej w obecności personelu CM Arnica 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="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
W przypadku noworodka – numer PESEL matki.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
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="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nr telefonu upoważnionego	
Data i miejsce urodzenia w przypadku cudzoziemca	

Oświadczam, że nie składałam/ałem 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/ałem 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

- 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:
- Administratorem danych jest ARNICA Olszewski i Wspólnik Spółka Jawna z siedzibą w Warszawie przy ul. Wąwozowa 22 lok 89, 02-796 Warszawa NIP 951-234-98-68, REGON 145849450 wpisana do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy XIV Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 000399487, prowadząca Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ARNICA, adres do korespondencji Centrum Medyczne ARNICA przy ulicy Rynek 10; 05-082 Stare Babice, adres e-mail: biuro@cmarnica.pl
- Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych. Z Inspektorem Ochrony Danych można skontaktować się korespondencyjnie na adres: ul. Rynek 10, 05-082 Stare Babice, bądź mailowo na adres: b.duch@obslugarodo.pl ;
- 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;
- 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).
- 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;
- Pani/Pana dane osobowe dotyczące wniosku o udostępnianie dokumentacji medycznej przechowywane są przez okres 5 lat zgodnie z rzeczowym wykazem akt.
- 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.
- 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.
- Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Brak podania danych uniemożliwi upoważnienie do udostępnienia dokumentacji wskazanym przez pacjenta osobom.
- Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym w oparciu o profilowanie.

Zapoznałem się:

.....
Data i podpis upoważniającego