**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 GSPZLO Ożarów Mazowiecki 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** | **Ic_check_box_outline_blank_48px.svg[1]Ic_check_box_outline_blank_48px.svg[1]Ic_check_box_outline_blank_48px.svg[1]Ic_check_box_outline_blank_48px.svg[1]Ic_check_box_outline_blank_48px.svg[1]Ic_check_box_outline_blank_48px.svg[1]Ic_check_box_outline_blank_48px.svg[1]Ic_check_box_outline_blank_48px.svg[1]Ic_check_box_outline_blank_48px.svg[1]Ic_check_box_outline_blank_48px.svg[1]Ic_check_box_outline_blank_48px.svg[1]** |
| **W przypadku noworodka**  **– numer PESEL matki.** | **Ic_check_box_outline_blank_48px.svg[1]Ic_check_box_outline_blank_48px.svg[1]Ic_check_box_outline_blank_48px.svg[1]Ic_check_box_outline_blank_48px.svg[1]Ic_check_box_outline_blank_48px.svg[1]Ic_check_box_outline_blank_48px.svg[1]Ic_check_box_outline_blank_48px.svg[1]Ic_check_box_outline_blank_48px.svg[1]Ic_check_box_outline_blank_48px.svg[1]Ic_check_box_outline_blank_48px.svg[1]Ic_check_box_outline_blank_48px.svg[1]** |
| **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:** | **Ic_check_box_outline_blank_48px.svg[1]** | **Ic_check_box_outline_blank_48px.svg[1]** | **Ic_check_box_outline_blank_48px.svg[1]** | **Ic_check_box_outline_blank_48px.svg[1]** |

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

**Ic_check_box_outline_blank_48px.svg[1]**

O BRAKU UPOWAŻNIENIA KOGOKOLWIEK do uzyskiwania dokumentacji medycznej Pacjenta.

O UPOWAŻNIENIU do uzyskiwania dokumentacji medycznej, przez niżej wymienioną osobę.

**Ic_check_box_outline_blank_48px.svg[1]**

Zakres udzielonego upoważnienia:

Dostęp do dokumentacji za życia Pacjenta.

Ic_check_box_outline_blank_48px.svg[1]

Dostęp do dokumentacji także po śmierc**i** Pacjenta.

Ic_check_box_outline_blank_48px.svg[1]

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię (imiona) upoważnionego** |  |
| **Nazwisko upoważnionego** |  |
| **PESEL upoważnionego** | **Ic_check_box_outline_blank_48px.svg[1]Ic_check_box_outline_blank_48px.svg[1]Ic_check_box_outline_blank_48px.svg[1]Ic_check_box_outline_blank_48px.svg[1]Ic_check_box_outline_blank_48px.svg[1]Ic_check_box_outline_blank_48px.svg[1]Ic_check_box_outline_blank_48px.svg[1]Ic_check_box_outline_blank_48px.svg[1]Ic_check_box_outline_blank_48px.svg[1]Ic_check_box_outline_blank_48px.svg[1]Ic_check_box_outline_blank_48px.svg[1]** |
| **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** |

* 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 Gminny Samodzielny Publiczny Zakład Lecznictwa otwartego w Ożarowie Mazowieckim (22) 344 86 00 mail: administracja@gspzlo-ozarów.pl
  3. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod numerem adresem email (adres email) [adminisracja@gspzlo-ozarow.pl](mailto:adminisracja@gspzlo-ozarow.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