ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ
we Włoszczowie
Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II
ul. Żeromskiego 28, 29-100 Włoszczowa

UPOWAŻNIENIE

DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Miejscowość……. data…….

2. Imię i nazwisko pacjenta ……..

3 . Adres zamieszkania ……

4. PESEL…….

5. Ja niżej podpisany/a, legitymujący/a się dowodem osobistym Seria…… ……..Nr……

Upoważniam do odbioru mojej dokumentacji medycznej, o której udostępnienie złożyłem/am wniosek w dniu……

Pana/Panią ..... legitymującą/ cego się dowodem osobistym

Seria ..... Nr .....

....

(data i czytelny podpis pacjenta) *(podpis osoby przyjmującej upoważnienie)*

Uwaga: kopia tego dokumentu musi być załączona do dokumentacji pacjenta

Pouczenie:

Udostępnienie dokumentacji medycznej następuje na zasadach określonych w Ustawie z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.

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

1) Administratorem danych osobowych Pacjentów jest ZOZ we Włoszczowie.
2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: dane.osobowe@zozwloszczowa.pl
3) Administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h) RODO, tj. w celu zapewnienia opieki zdrowotnej, co wynika z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
4) Dane osobowe mogą być udostępnione 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, kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych).
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)Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, tj. z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W okresach, w których Administrator przetwarza dane osobowe wyłączone jest prawo do zapomnienia (domagania się usunięcia danych osobowych);

2) przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;

3) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celów. Konsekwencją niepodania danych będzie odmowa udzielenia świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej;

4) administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

Oświadczam, że:

Zostałam poinformowana/ poinformowany, że sporządzenie pierwszej kopii, kserokopii, wyciągów , odpisów lub kserokopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem, sporządzenie dokumentacji medycznej jest bezpłatne (podstawa prawna art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Wykonanie kolejnej kopii dokumentacji medycznej lub jej części jest odpłatne.

Udostępnianie dokumentacji medycznej do wglądu w siedzibie ZOZ we Włoszczowie jest bezpłatne.

…….

Data i podpis wnioskodawcy