

Imię i nazwisko pacjenta:.....

Pesel:..... Telefon opiekuna.....

Adres zamieszkania:

Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie:.....

Stopień pokrewieństwa: - Matka - Ojciec - Opiekun prawny

- 1.1.** Upoważniam następujące osoby do otrzymania informacji o stanie zdrowia mojego dziecka i udzielonych mu świadczeniach:

L.P.	Osoba upoważniona	Adres	Telefon

- 1.2** Nie upoważniam żadnych osób do otrzymania informacji o stanie zdrowia mojego dziecka i udzielonych mu świadczeniach

- 2.1** Upoważniam następujące osoby do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojego dziecka

L.P.	Osoba upoważniona	Adres	Telefon

- 2.2** Nie upoważniam żadnych osób do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojego dziecka

- 3.** Zostałem poinformowany o możliwości zapoznania się z Prawami Pacjenta

Proszę w powyższych okienkach zaznaczyć znakiem **X** właściwą wersję

- 4.** Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody na przesyłanie informacji medycznej na poniższy adres mailowy:

.....

- 5.** Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody na kontakt telefoniczny w sprawach związanych z realizowanymi świadczeniami medycznymi

Niniejsze oświadczenie obowiązuje do odwołania, zmiany lub osiągnięcia pełnoletniości przez pacjenta.

Data złożenia oświadczenia:.....

Podpis osoby składającej oświadczenie:.....

Niniejsze oświadczenie podlegać będzie ucyfrowieniu i wprowadzeniu do dokumentacji medycznej. Przyjmuję do wiadomości, że istnieje możliwość odbioru niniejszego dokumentu w ciągu 1 roku po jego ucyfrowieniu

W wypadku podania osób upoważnionych do otrzymywania informacji o stanie zdrowia oraz upoważnionych do otrzymywania dokumentacji medycznej, prosimy o poinformowanie tych osób o fakcie, że ich dane będą przetwarzane przez SZPZOZ W JABŁONNIE i że przysługują im prawa wymienione poniżej.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest SZPZOZ W JABŁONNIE ul. Parkowa 21, 05 – 110 Jabłonna, reprezentowany przez Dyrektora Iwonę Michalską. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest Monika Wojtał, email:monica.wojtal@gmail.com Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji świadczeń medycznych przez SZPZOZ W JABŁONNIE, na podstawie art. 9 punkt 2h rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres określony w art. 29 ustawy z dnia 06 listopada 2008 o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania, wyrażenia sprzeciwu przeciw przetwarzaniu Pani/Pana danych osobowych oraz prawo do przenoszenia danych. Posiada Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 – 193 Warszawa, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem udzielenia Pani/Panu świadczeń medycznych przez SZPZOZ W JABŁONNIE. Pani/Pana dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w systemach informatycznych obsługi pacjenta. SZPZOZ W JABŁONNIE nie stosuje metod zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.