



Pieczęć jednostki organizacyjnej

## UPOWAŻNIENIE RODZICA/INNEGO PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

### DANE DZIECKA

|                   |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------|--|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                   |  | Nr PESEL**       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (imię i nazwisko) |  | (data urodzenia) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*\* numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

### DANE RODZICA/INNEGO PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

|                   |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                   | Nr PESEL* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (imię i nazwisko) |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;

|                              |                 |
|------------------------------|-----------------|
|                              |                 |
| (nazwa dokumentu tożsamości) | (seria i numer) |

Oświadczam że (zaznaczyć właściwe):

**upoważniam, do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia dziecka**, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych

|                                       |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                                       | Nr PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (imię i nazwisko osoby upoważnionej ) |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Dane osoby upoważnionej:** NUMER TELEFONU: .....

**nikogo nie upoważniam do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia dziecka**, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych

**upoważniam, do dostępu do dokumentacji medycznej**

|                                       |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                                       | Nr PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (imię i nazwisko osoby upoważnionej ) |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

w postaci:

TAK

NIE

- wglądu do dokumentacji medycznej z możliwością sporządzenia notatek lub wykonania zdjęć
- pobierania kopii
- pobierania odpisów
- pobierania wyciągów
- pobierania wydruku
- pobieranie wyników badań obrazowych na informatycznym nośniku danych
- pobierania oryginału, w przypadku gdy zwłoka w udostępnieniu dokumentacji medycznej w innej formie, mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia

upoważnienie obowiązuje zarówno za życia, jak i po śmierci pacjenta

**nikogo nie upoważniam do dostępu do dokumentacji medycznej**

**Uwaga: Upoważnienie do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia dziecka i innych informacji oraz Upoważnienie do dostępu do dokumentacji medycznej może zostać w każdej chwili odwołane, po złożeniu stosownego pisemnego oświadczenia.**

Podstawa Prawna:

- Ustawa z dnia 06 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. z 2020 r. poz. 849 z późn. zm.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2020 r., poz. 666),



### ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

wyrażam zgodę

nie wyrażam zgody

Ja niżej podpisany/ -a, wyrażam zgodę na przetwarzanie przez IPCZD moich danych osobowych i danych osobowych pacjenta w celach informacyjnych w ramach działalności IPCZD.

### ZGODA NA WYKORZYSTANIE DANYCH MEDYCZNYCH DO CELÓW NAUKOWYCH

wyrażam zgodę

nie wyrażam zgody

na przetwarzanie danych medycznych dziecka, które zostały zgromadzone w dokumentacji medycznej w przeszłości oraz będą zebrane w przyszłości, na potrzeby badań naukowych, prowadzonych zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem.

dane umożliwiające identyfikację dziecka nie będą publikowane do celów naukowych;  
przed opublikowaniem wyników badań naukowych wszelkie dane osobowe będą zanonimizowane.

Uwaga: Zgoda na przetwarzanie danych medycznych dziecka do celów naukowych może zostać w każdej chwili wycofana. Anulowanie zgody może nastąpić po załączeniu stosowanego pisemnego oświadczenia, również przez samego pacjenta po ukończeniu przez niego 16 r. życia.

### ZGODA NA KONTAKT W FORMIE ELEKTRONICZNEJ I OTRZYMYWANIE POWIADOMIEŃ e-mail oraz SMS

wyrażam zgodę

nie wyrażam zgody

na otrzymywanie powiadomień w formie wiadomości e-mailowych oraz SMS-owych

Adres e-mail/nr telefonu

Imię i nazwisko rodzica/  
innego przedstawiciela ustawowego

Podpis,  
data:

Imię i nazwisko pacjenta, jeśli  
ukończył 16 lat

Podpis,  
data:

#### Klauzula informacyjna

Na podstawie art. 13 RODO informujemy, że:

- Administratorem Państwa danych osobowych oraz danych osobowych dziecka jest **Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”** Al. Dzieci Polskich 04-730 Warszawa, wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego, przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000092381, NIP: 952-114-36-75, REGON: 000557961, zgodnie z RODO (Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE)
- Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych. Kontakt z Inspektorem we wszelkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych jest możliwy pod wskazanym wyżej adresem oraz mailowo [iod@ipczd.pl](mailto:iod@ipczd.pl).
- Państwa dane osobowe oraz dane osobowe dziecka, będą przetwarzane przez administratora na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) i c) w zw. z art. 9 ust. 2 lit. h RODO i na podstawie wyrażonej przez Państwa zgody, w celu świadczenia usług medycznych.
- Państwa dane osobowe, a w szczególności dane osobowe dziecka, będą przetwarzane i przechowywane zgodnie z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej.
- Państwa dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa oraz podmiotom świadczącym usługi na rzecz administratora, z którymi administrator zawarł odpowiednie umowy w tym zakresie (np. zewnętrzni dostawcy usług medycznych, rozwiązań informatycznych, audytorzy).
- Państwa dane będą przechowywane przez okres 20 lat od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu z zastrzeżeniem wyjątków art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach Pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta.
- Przysługuje Państwu prawo żądania dostępu do danych osobowych dotyczących Państwa osoby oraz danych osobowych dziecka, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych.
- Ponadto, przysługuje Państwu prawo do cofnięcia wyrażonej zgody w dowolnym momencie. Powyższe nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie wyrażonej przez Państwa zgody przed jej cofnięciem.
- Mają Państwo prawo uzyskać od administratora kopię swoich przetwarzanych danych osobowych.
- Przysługuje Państwu prawo do złożenia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- Podanie przez Państwa danych osobowych jest dobrowolne.
- Państwa dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany ani nie będą poddawane profilowaniu.
- Państwa dane nie będą przekazywane do Państw trzecich ani organizacji międzynarodowych, chyba, że taki obowiązek wynika z przepisów prawa.