



Pieczeń jednostki organizacyjnej
----------------------------------

## UPOWAŻNIENIA - pacjent pełnoletni

	<b>Nr PESEL*</b>																		
<i>(imię i nazwisko pacjenta)</i>																			

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

<i>(nazwa dokumentu tożsamości)</i>	<i>(seria i numer)</i>

**Oświadczam że** *(zaznaczyć właściwe):*

<input type="checkbox"/> <b>upoważniam <u>do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia</u></b> , 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																			
<i>(imię i nazwisko osoby upoważnionej)</i>	<b>Nr PESEL</b>																		
NUMER TELEFONU: .....																			
<input type="checkbox"/> <b>nikogo nie upoważniam do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia</b> 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																			

<input type="checkbox"/> <b>upoważniam <u>do dostępu do dokumentacji medycznej</u></b>																			
<i>(imię i nazwisko osoby upoważnionej)</i>	<b>Nr PESEL</b>																		
<b>w postaci:</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>																	
1. <b>wglądu do dokumentacji medycznej z możliwością sporządzenia notatek lub wykonania zdjęć</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
2. <b>pobierania kopii</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
3. <b>pobierania odpisów</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
4. <b>pobierania wyciągów</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
5. <b>pobierania wydruku</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
6. <b>pobieranie wyników badań obrazowych na informatycznym nośniku danych</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
7. <b>pobierania oryginału, w przypadku gdy zwłoka w udostępnieniu dokumentacji medycznej w innej formie, mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
<b>upoważnienie obowiązuje zarówno za życia, jak i po śmierci pacjenta</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	

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

Podstawa Prawna:

1. **Ustawa z dnia 06 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. z 2020 r. poz. 849 z późn. zm.**
2. **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 w celach informacyjnych w ramach działalności IPCZD.

### ZGODA NA WYKORZYSTANIE DANYCH MEDYCZNYCH DO CELÓW NAUKOWYCH

wyrażam zgodę

nie wyrażam zgody

na przetwarzanie moich danych medycznych, 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 pacjenta nie będą publikowane do celów naukowych;
- przed opublikowaniem wyników badań naukowych wszelkie dane osobowe będą zanonimizowane.

Uwaga: Zgoda na przetwarzanie moich danych medycznych do celów naukowych może zostać w każdej chwili wycofana. Anulowanie zgody może nastąpić po załączeniu stosownego 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 pacjenta

Podpis, data:

#### Klauzula informacyjna

Na podstawie art. 13 RODO informujemy, że:

1. 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)
2. 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).
3. 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.
4. 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.
5. 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).
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. Mają Państwo prawo uzyskać od administratora kopię swoich przetwarzanych danych osobowych.
10. Przysługuje Państwu prawo do złożenia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
11. Podanie przez Państwa danych osobowych jest dobrowolne.
12. Państwa dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany ani nie będą poddawane profilowaniu.
13. Państwa dane nie będą przekazywane do Państw trzecich ani organizacji międzynarodowych, chyba, że taki obowiązek wynika z przepisów prawa.