



Pieczeń jednostki organizacyjnej

UPOWAŻNIENIA - pacjent pełnoletni

	Nr PESEL*	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td> </tr> </table>																			
(imię i nazwisko pacjenta)																					

*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):

<input type="checkbox"/> upoważniam do chwili odwołania do prawa uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych																				
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">Nr PESEL</td> <td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td> </tr> </table>	Nr PESEL																		
Nr PESEL																				
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)																				
NUMER TELEFONU:																				
<input type="checkbox"/> nikogo nie upoważniam do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych																				

<input type="checkbox"/> upoważniam do chwili odwołania do dostępu do dokumentacji medycznej																				
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">Nr PESEL</td> <td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td> </tr> </table>	Nr PESEL																		
Nr PESEL																				
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)																				
w postaci:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">TAK</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">NIE</td> </tr> </table>	TAK	NIE																	
TAK	NIE																			
wglądu do dokumentacji medycznej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE																			
pobierania kopii	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE																			
pobierania odpisów	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE																			
pobierania wyciągów	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE																			
pobierania oryginału	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE																			
upoważnienie obowiązuje zarówno za życia, jak i po śmierci pacjenta	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE																			
<input type="checkbox"/> nikogo nie upoważniam do dostępu do dokumentacji medycznej																				

Uwaga:

- 1. Upoważnienie do prawa uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych może zostać w każdej chwili odwołane, po złożeniu stosownego pisemnego oświadczenia.**
- 2. Upoważnienie do dostępu do dokumentacji medycznej w ww. postaci, może zostać w każdej chwili odwołane, po złożeniu stosownego pisemnego oświadczenia.**
- 3. Tracą moc wcześniej złożone upoważnienia.**

Podstawa Prawna:

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2015 poz. 2069),

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z późn. zm. (Dz. U. 2017 poz. 1318, 1524).



ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

wyrażam zgodę

nie wyrażam zgody

na przetwarzanie moich danych osobowych (danych osobowych pacjenta) przez niniejszy podmiot niezbędnych dla potrzeb realizacji celów marketingowych, zgodnie z przepisami Rozporządzenia 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, zwanego dalej RODO, oraz uchylecia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

Ja niżej podpisany/ -a, wyrażam wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych (danych osobowych pacjenta) przez IPCZD, zgodnie z art. 7 ust. 2 RODO. Zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie o warunku możliwości jej rozliczalności. Zostałem/ -am poinformowany/ -a o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie do wglądu i możliwości ich poprawiania oraz, że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

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 przez pracowników naukowych IPCZD zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem.

- Administratorem danych medycznych jest Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” z siedzibą w Warszawie przy Alei Dzieci Polskich 20,
- dane umożliwiające identyfikację mojej osoby nie będą publikowane do celów naukowych;
- dane medyczne mojej osoby będą przetwarzane w bezpiecznym, zamkniętym miejscu;
- wszelkie dane osobowe będą zanonimizowane przed opublikowaniem wyników badań naukowych.

Uwaga:

1. **Zgoda na przetwarzanie danych medycznych do celów naukowych może zostać w każdej chwili wycofana.**
2. **Anulowanie zgody może nastąpić po załączeniu stosowanego pisemnego oświadczenia.**

ZGODA NA OTRZYMYWANIE POWIADOMIEŃ e-mail i SMS

wyrażam zgodę

nie wyrażam zgody

na otrzymywanie powiadomień mailowych oraz SMS-owych

Adres e-mail

**Imię i nazwisko
pacjenta**

Podpis, data:

Podstawa Prawna:

Rozporządzenie 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 zwane dalej RODO oraz uchylecia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych). W zakresie danych osobowych niemerycznych podstawą prawną przetwarzania jest art. 6 lit. a, b, c, f RODO, zaś w przypadku danych o charakterze medycznym podstawą prawną jest art. 9 ust. 2 lit. h RODO.

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”, z siedzibą w Warszawie zwany dalej IPCZD, adres: Aleja Dzieci Polskich 20. Aby lepiej dbać o bezpieczeństwo Państwa danych w IPCZD powołany został Inspektor Ochrony Danych Osobowych - mgr inż. Grzegorz Paderewski. Z Inspektorem można skontaktować się wysyłając email na adres: iod@ipczd.pl. Jednocześnie informujemy, że posiada Pani/Pan prawo do wycofania swojej zgody w każdym czasie, bez wpływu na przetwarzanie dokonane przed wycofaniem zgody, prawo do żądania: dostępu, sprostowania, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia, usunięcia niektórych danych osobowych, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Dane osobowe niezbędne dla potrzeb realizacji świadczonych usług medycznych, będą przetwarzane zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej z późn. zm. (Dz. U. 2018 poz.160, 138, 650).