

Nazwisko i imię :

Pesel:

Adres:

UPOWA NIENIE DO DOSTĘPU / ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Oświadczam, iż zostałem/-am zapoznany/-a z uprawnieniami wynikającymi z art. 26. ustawy w dniu 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku praw Pacjenta (tj. Dz. U. 2019r. poz. 1127), w związku z czym:

1. Nie upoważniam nikogo* / Upoważniam, do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, zgodnie z art. 9 ust. 3 w/w ustawy:

.....
(imię i nazwisko, PESEL, oraz dane do kontaktu)

2. Nie upoważniam nikogo* / Upoważniam, do uzyskania dostępu do mojej dokumentacji medycznej, stosownie do treści art. 26 ust. 1 w/w ustawy:

.....
(imię i nazwisko, PESEL, oraz dane do kontaktu)

Udostępnienie obejmuje prawo do wglądu, uzyskania kopii, wyciągów, odpisów.

3. Nie upoważniam nikogo*, w tym osoby bliskiej* / Upoważniam, do uzyskania wglądu do mojej dokumentacji medycznej po mojej śmierci, stosownie do treści art. 26 ust. 2 w/w ustawy:

.....
(imię i nazwisko, PESEL, oraz dane do kontaktu)

Oświadczam, iż zostałem poinformowany/-a o możliwości cofnięcia udzielonego upoważnienia

.....
Data i podpis

Podstawa prawna:

- 1) przepisy w/w ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz. U. z 2019 r., poz. 1127):
 - art. 26.1. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowoemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.
 - art. 26.2. Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta z wyjątkiem osoby, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Dokumentacja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej, chyba że udostępnienie sprzeczne z inną osobą bliską lub sprzeciwem si temu pacjent z wyjątkiem, z zastrzeżeniem ust. 2a i 2b.
- 2) § 8 pkt 2 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. (Dz. U. 2015 poz. 2069) w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, który stanowi, że w dokumentacji indywidualnej we wniesionej zamieszcza się lub dołącza do niej oświadczenie pacjenta o upoważnieniu do uzyskania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej.

* niepotrzebne skreślić

W przypadku pacjenta małoletniego lub ubezwłasnowolnionego albo niedołnego do wyrażenia wiadomej zgody, o świadczenie składa jego pełnomocnik ustawowy lub opiekun faktyczny.

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/678 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 (dalej: RODO); (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: SP ZOZ PABIANMED w Pabianicach ul. J. Kilińskiego 10/12, 95-200 Pabianice;
- 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – adres e-mail: iod@pabianmed.internetdsl.pl;
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu udostępnienia wnioskowanej dokumentacji medycznej, skontaktowania, udzielenia informacji w związku z udostępnieniem dokumentacji – na podstawie Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. C i art. 9 ust. 2 lit. H RODO;
- 4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa, podmioty z którymi Administrator zawarł umowy powierzenia przetwarzania danych w celu prowadzenia procesu udostępnienia dokumentacji;
- 5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa;
- 6) posiada Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych osobowych (Art. 15 RODO), prawo do ich sprostowania (Art. 16 RODO), usunięcia (Art. 17 RODO) lub ograniczenia przetwarzania (Art. 18 RODO), prawo do przenoszenia danych (Art. 20 RODO), oraz wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania (Art. 21 RODO).
- 7) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, fax. 22 531-03-01, kancelaria@uodo.gov.pl
- 8) podanie Pana/ Pani danych osobowych w celu udostępnienia dokumentacji medycznej jest obligatoryjne na mocy odrębnych przepisów prawa;
- 9) Pana /Pani dane osobowe nie są i nie będą poddawane profilowaniu.