

OŚWIADCZENIE PACJENTA
o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji medycznej
na wypadek śmierci

Ja (imię i nazwisko) PESEL
..... upoważniam osobę bliską (imię i nazwisko)
..... PESEL
..... do uzyskiwania dokumentacji medycznej po mojej śmierci.

.....
(data i podpis)

Ja (imię i nazwisko) PESEL
nie upoważniam żadnej osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji medycznej po
mojej śmierci.

.....
(data i podpis)

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, że:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Polkowickie Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A. z siedzibą w Polkowicach ul. Kard. B. Kominka 7
- 2) inspektorem ochrony danych w Polkowickim Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A. jest Pan Marcin Nalewajski m.nalewajski@pcuz.eu
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu udzielania świadczeń zdrowotnych Aa
- 4) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z :
 - ustawą z dnia 6 listopada 2008 r.,o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j Dz. U. 2017, poz. 1318 ze zm);
 - Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U.z 2015 poz.2069)
 - ustawą z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j Dz. U. z 2018 poz. 617 ze zmianami);
 - ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U. z 2018 r. , poz. 160 ze zm.);
 - ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (t.j Dz. U. z 2017 r. , poz. 1845 ze zm)
- 5) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) lub art. 9 ust. 2 lit. a) w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,
- 6) ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r;
- 7) podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest niezbędne w celu udzielania świadczeń zdrowotnych. Jest Pan/Pani zobowiązana do ich podania a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak udzielenia świadczeń zdrowotnych;
- 8) odbiorcami danych osobowych będą tylko instytucje upoważnione z mocy przepisów prawa;
- 9) Administrator nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej