

## Upoważnienie

**do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia, do uzyskiwania dokumentacji medycznej,**

Ja ..... niżej podpisana/-y, upoważniam.....

.....posiadającego nr. PESEL:..... do:

1. uzyskiwania wszelkich informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach medycznych od Patrycja Orzeszyna Human Guardian

.....

(data, czytelny podpis pacjenta)

2. uzyskiwania wszelkich informacji o stanie zdrowia mojego dziecka/osoby nad którą sprawuję opiekę/kuratelę i udzielonych świadczeniach medycznych od Patrycja Orzeszyna Human Guardian

.....

(data, czytelny podpis przedstawiciela ustawowego)

.....

(data, czytelny podpis osoby pow. 16 r. ż.)

3. uzyskania dostępu do dotyczącej mnie dokumentacji medycznej a także wglądu do oryginałów, uzyskiwania kopii, odpisów i wypisów od Patrycja Orzeszyna Human Guardian

.....

(data, czytelny podpis pacjenta)

4. dostępu do dotyczącej mojego dziecka/osoby nad którą sprawuję opiekę/kuratelę dokumentacji medycznej, a także wglądu do oryginałów, uzyskiwania kopii, odpisów i wypisów od Patrycja Orzeszyna Human Guardian

.....

(data, czytelny podpis przedstawiciela ustawowego)

.....

(data, czytelny podpis osoby pow. 16 r. ż.)

5. na zasadzie niniejszego upoważnienia wyrażam/nie wyrażam (zaznaczyć właściwe) zgodę na uzyskiwanie informacji o stanie zdrowia i dokumentacji medycznej przez osobę upoważnioną po mojej śmierci

.....

(data, czytelny podpis pacjent/przedstawiciela ustawowego)

.....

(data, czytelny podpis osoby pow. 16 r. ż.)

- zostałam/-em poinformowana/-y o tym, że niniejsze upoważnienie ważne jest bezterminowo i dotyczy każdej dotyczącej mnie dokumentacji medycznej, którą administruje Patrycja Orzeszyna Human Guardian

.....

(data, czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego)

.....

(data, czytelny podpis osoby pow. 16 r. ż.)

- zostałam/-em poinformowana/-y, że w każdym czasie mam prawo do zmiany lub odwołania osoby upoważnionej do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i dokumentacji medycznej.

.....

(data, czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego)

.....

(data, czytelny podpis osoby pow. 16 r. ż.)

### **Oświadczenie o wycofaniu nadanych upoważnień**

Oświadczam, że wycofuję upoważnienie(a) nr. .... do uzyskiwania informacji i dokumentacji medycznej od dnia: .....

.....

(data, czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego)

.....

(data, czytelny podpis osoby pow. 16 r. ż.)

## Zgoda na przesłanie zdjęcia TK wraz z opisem

1) Wyrażam/nie wyrażam zgody na przesłanie drogą listowną zdjęcia TK wraz z jego opisem

na adres.....

.....

(data, czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego)

.....

(data, czytelny podpis osoby pow. 16 r. ż.)

### **Oświadczenie osoby upoważnionej o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach związanych z informowaniem o stanie zdrowia i uzyskiwaniem dokumentacji medycznej osoby upoważniającej**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Patrycja Orzeszyna Human Guardian z siedzibą w Częstochowie przy ul. Jabłonowej 5 o nr. NIP: 5732654287 oraz podmioty powiązane na podstawie stosownych umów w celach związanych z informowaniem mnie o stanie zdrowia i uzyskiwaniem dokumentacji medycznej

..... będącej/będącego osobą upoważniającą.

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis osoby składającej oświadczenie)

## INFORMACJA O PRZETWARZANIU

- I. Administratorem Pani/Pana danych osobowych zbieranych w celu uzyskiwania informacji o stanie zdrowia osoby upoważniającej i jej dokumentacji medycznej jest **Patrycja Orzeszyna Human Guardian z siedzibą w Częstochowie przy ul. Jabłonowej 5, 42-221 Częstochowa, NIP: 5732654287, REGON: 240394823, 601 582 640.**
- II. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu poinformowania Panią/Pana o stanie zdrowia lub uzyskania dokumentacji medycznej osoby upoważniającej.
- III. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a „RODO”.
- IV. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będzie personel Administratora.
- V. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane do upływu okresu przechowywania dokumentacji medycznej, chyba, że wcześniej Pani/Pan cofnie zgodę na ich przetwarzanie, co nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Udzieloną zgodę można cofnąć w dowolnym momencie. Zakres przetwarzanych danych obejmuje Pani/Pana imię, nazwisko, numer pesel.
- VI. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, przysługują Pani/Panu następujące uprawnienia:
  - prawo do informacji o sposobie przetwarzania jego danych osobowych,
  - prawo dostępu do swoich danych,
  - prawo do uzyskania kopii danych,
  - prawo do sprostowania,
  - prawo do usunięcia danych,
  - prawo do ograniczenia przetwarzania danych,
  - prawo do przenoszenia danych,
  - prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych
  - prawo wycofania zgody na przetwarzanie danych
  - prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- VII. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne aczkolwiek niezbędne do poinformowania o stanie zdrowia lub uzyskania dokumentacji medycznej.
- VIII. Administrator danych osobowych nie będzie dokonywał zautomatyzowanego podejmowania decyzji w zakresie Pani/Pana danych osobowych, w tym profilowania.
- IX. W celu realizacji praw przysługujących osobie, której dane dotyczą należy kontaktować się z administratorem danych pod adresem wskazanym w pkt. I, bądź z inspektorem ochrony danych osobowych pod adresem: Brzeskie Centrum Medyczne, ul. Mossora 1, 49 – 300 Brzeg, Pracownia Tomografii Komputerowej, tel. 697 317 003, e-mail: [inspektordanosob@gmail.com](mailto:inspektordanosob@gmail.com).