



**Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej
im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym**

ul. Marii Konopnickiej 65, 05-092 Łomianki
tel. 22 765 73 56, fax. 22 765 72 56

UPOWAŻNIENIE PACJENTA/OPIEKUNA PRAWNEGO DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko Pacjenta

Pesel Pacjenta.....

Imię i nazwisko Rodzica/Opiekuna prawnego*

Telefon kontaktowy.....

Upoważniam w imieniu:** ☐ własnym lub jako: ☐ rodzic ☐ opiekun prawny,

Upoważnienie:

Ja niżej podpisany/na legitymujący/ca się dokumentem

tożsamości seria.....numer.....upoważniam

Panią/Pana.....legitymującą/cego się

dokumentem tożsamości seria.....numer.....

do odbioru dokumentacji medycznej.

Upoważniam:**

☐ jednorazowo ☐ za życia ☐ na wypadek zgonu

W przypadku dziecka między 16 a 18 r.ż. wymagana jest zgoda równoległa – zgoda wyrażona równocześnie przez dziecko i rodzica/opiekuna prawnego.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych – RODO) informujemy, że:

1. Administratorem Danych Osobowych jest Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, ul. Marii Konopnickiej 65, 05-092 Łomianki.
2. W szpitalu został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych Osobowych, dane kontaktowe: iod@szpitaldziekanow.pl
3. Dane osobowe są zbierane w celu niezbędnym do rejestrowania i ewidencjonowania wniosków.
4. Administrator Danych Osobowych będzie przetwarzał dane osobowe dotyczące wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej przez okres 5 lat zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym.
5. Osobie wnioskującej o udostępnienie dokumentacji medycznej przysługuje prawo dostępu do treści jej danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia niektórych danych oraz trwałego usunięcia danych osobowych po upływie okresu przechowywania.
6. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne do skutecznego złożenia wniosku. Dane wymagane do skutecznego złożenia wniosku są gromadzone zgodnie z art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
7. Dane osobowe mogą być udostępniane uprawnionym podmiotom publicznym zgodnie z przepisami prawa.
8. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.
9. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych w SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym znajdują się na stronie internetowej www.szpitaldziekanow.pl w zakładce Dla pacjentów i rodziców – KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH PACJENTÓW.



**Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej
im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym**

ul. Marii Konopnickiej 65, 05-092 Łomianki
tel. 22 765 73 56, fax. 22 765 72 56

.....
data i czytelny podpis **osoby upoważniającej**

.....
data i czytelny podpis **osoby upoważnionej**

* dotyczy Pacjentów poniżej 18 r.ż. oraz osób ubezwłasnowolnionych

**zaznaczyć właściwe