**Załącznik nr 3 do Regulaminu udostępniania dokumentacji medycznej**

**UPOWAŻNIENIE/ZMIANA UPOWAŻNIENIA**

**DO UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**DOTYCZY WSZYSTKICH PORADNI WOMP-ZCLIP**

(lista Poradni znajduje się na stronie <http://www.womp.szczecin.pl/poradnie>;

jeżeli upoważnienie nie dotyczy jakiejkolwiek z Poradni, należy ją wskazać:…………..…………………..)

**PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI**

**Ja niżej podpisany Pacjent/Przedstawiciel ustawowy Pacjenta**

Imię i nazwisko Pacjenta: ………………………………………………….

PESEL Pacjenta: ………………..…………………………………………….

1. **Upoważniam:**
2. Imię i nazwisko osoby upoważnionej:………………………………………………….

PESEL osoby upoważnionej: …………………………………………………………..(w przypadku osób nie posiadających numeru PESEL należy podać datę urodzenia i miejsce zamieszkania osoby upoważnionej:………………………………………………………………………………………………………………………………..)

**Zakres upoważnienia** (**WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ KRZYŻYKIEM**):

* Upoważnienie do odbioru recept na lek(i) lub inne niezbędne środki lub wyroby medyczne
* Upoważnienie do otrzymywania informacji o stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych
* Upoważnienie do uzyskania dokumentacji medycznej

1. Imię i nazwisko osoby upoważnionej:……………………………………………………………….

PESEL osoby upoważnionej: ……………………………………………………………………. (w przypadku osób nie posiadających numeru PESEL należy podać datę urodzenia i miejsce zamieszkania osoby upoważnionej:…………………………………………………………………………………………………………………………………..)

**Zakres upoważnienia** (**WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ KRZYŻYKIEM**):

* Upoważnienie do odbioru recept na lek(i) lub inne niezbędne środki lub wyroby medyczne
* Upoważnienie do otrzymywania informacji o stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych
* Upoważnienie do uzyskania dokumentacji medycznej

**W przypadku anulowania upoważnienia (wykreślenia) osoby wcześniej upoważnionej wskazać imię i nazwisko osoby wykreślonej oraz datę wykreślenia:**

**……………..…………………………………………………………………………………………………………………**

# Oświadczam, że została(e)m poinformowana(y), że po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna może zostać udostępniona również osobom bliskim (w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta), chyba że pacjent sprzeciwi się jej udostępnieniu. **W przypadku chęci złożenia sprzeciwu należy go zgłosić do Rejestracji Przychodni WOMP-ZCLiP.**

# **Wyrażam zgodę na otrzymywanie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej informacji dotyczących świadczeń medycznych** realizowanych przez WOMP-ZCLiP w Szczecinie, w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną. na następujący adres e-mail: …………………………………………………………………………………….……………….

1. Oświadczam, iż zostałem poinformowana(y), 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 (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) (dalej: RODO), iż:
2. Administratorem moich danych osobowych (danych osobowych Pacjenta/przedstawiciela ustawowego Pacjenta/opiekuna faktycznego Pacjenta) jest:

**Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy Zachodniopomorskie Centrum Leczenia   
i Profilaktyki,** ul. Bolesława Śmiałego 33, 70 – 347 Szczecin

**tel.:  91 434 91 00, sekretariat@womp.szczecin.pl**

1. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – adres e-mail: [iod@womp.szczecin.pl](mailto:iod@womp.szczecin.pl)
2. Dane osobowe przetwarzane będą w celu świadczenia usług medycznych, uzyskania dokumentacji medycznej oraz – w przypadku wyrażenia zgody - w celach informowania o świadczonych przez WOMP-ZCLiP usługach medycznych.
3. Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych: art. 6 ust. 1 lit. a, c, d i e oraz art. 9 ust.2 lit. h RODO.
4. Odbiorcami danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz umów zawartych z WOMP-ZCLiP w celu realizacji usług medycznych, w tym laboratoria analityczne, podmioty lecznicze, inne podmioty, z którymi WOMP-ZCLiP (Administrator) zawarł umowy powierzenia przetwarzania danych w celu udzielania świadczeń medycznych, prowadzenia obsługi administracyjnej, informatycznej, rozliczeniowej i związanej ubezpieczeniem społecznym i zdrowotnym.
5. Posiadam prawo do żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, usunięcia danych oraz do wniesienia sprzeciwu co do ich przetwarzania. Żądanie takie zostanie uwzględnione, o ile zachodzić będą przesłanki określone przepisami prawa, w tym RODO.
6. Dane osobowe przechowywane będą przez Administratora zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, w szczególności ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2017, poz. 1318), w tym przez okres 20 lat, bądź, w przypadku zgonu pacjenta – 30 lat, bądź przez inny okres wskazany w art. 29 w/w ustawy.
7. Mam prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Podanie danych osobowych w celu realizacji świadczeń medycznych jest obligatoryjne na mocy odrębnych przepisów prawa.
9. Dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich ani do organizacji międzynarodowych.
10. Dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

………………………………………………………………………..

Data i czytelny podpis Pacjenta/Przedstawiciela ustawowego Pacjenta