

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

**UPOWAŻNIENIE/ZMIANA UPOWAŻNIENIA
DO UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

DOTYCZY WSZYSTKICH PORADNI WOMP-ZCLIP w Szczecinie
(lista Poradni znajduje się na stronie <http://www.womp.szczecin.pl/poradnie>;
jeżeli upoważnienie nie dotyczy jakiegokolwiek z Poradni, należy ją wskazać:.....)

PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Ja niżej podpisany Pacjent/Przedstawiciel ustawowy Pacjenta

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL Pacjenta:

1. Upoważniam:

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

PESEL osoby upoważnionej:

(w przypadku osób nieposiadających 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

2) Imię i nazwisko osoby upoważnionej:

PESEL osoby upoważnionej:

(w przypadku osób nieposiadających 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:

.....

2. 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 w Szczecinie.**

3. **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:

4. Oświadczam, iż zostałam 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:

- 1) Administratorem moich danych osobowych (danych osobowych Pacjenta/przedstawiciela ustawowego Pacjenta/opiekuna faktycznego Pacjenta) jest:

Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy Zachodniopomorskie Centrum Leczenia i Profilaktyki w Szczecinie, ul. Bolesława Śmiałego 33, 70 – 347 Szczecin
tel.: 91 434 91 00, sekretariat@womp.szczecin.pl

- 2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – adres e-mail: iod@womp.szczecin.pl
3) 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 w Szczecinie usługach medycznych.
4) Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych: art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust.2 lit. h RODO, dodatkowo, w zakresie wyrażonej zgody na otrzymywanie informacji o usługach – art. 6 ust. 1 lit. a RODO.
5) Odbiorcami danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz umów zawartych z WOMP-ZCLiP w Szczecinie w celu realizacji usług medycznych, w tym laboratoria analityczne, podmioty lecznicze, inne podmioty, z którymi WOMP-ZCLiP w Szczecinie (Administrator) zawarł umowy powierzenia przetwarzania danych w celu udzielania świadczeń medycznych, prowadzenia obsługi administracyjnej, informatycznej, rozliczeniowej i związanej ubezpieczeniem społecznym i zdrowotnym.
6) 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 zostanie uwzględnione w zakresie, w jakim nie wyłączają tego przepisy szczególne, w tym ustawa o prawach pacjenta i RODO.

- 7) Dane osobowe będą przechowywane zgodnie z przepisami prawa, w szczególności art. 29 ustawy o prawach pacjenta, tj. co do zasady przez okres 20 lat, a w przypadkach wskazanych w ustawie – do 30 lat.
- 8) Mam prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 9) Podanie danych osobowych w celu realizacji świadczeń medycznych jest obligatoryjne na mocy odrębnych przepisów prawa.
- 10) Dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich ani do organizacji międzynarodowych.
- 11) *Dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.*

.....

Data i czytelny podpis Pacjenta
/Przedstawiciela ustawowego Pacjenta