



Załącznik nr 7 do Procedury bezpieczeństwa informacji i ochrony danych osobowych oraz ochrony danych medycznych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Nasielsku

### Oświadczenie pacjenta/przedstawiciela pacjenta (w odniesieniu do osób małoletnich)

Imię i nazwisko pacjenta, adres: .....

PESEL: .....

1. Upoważniam / nie upoważniam\* następujące osoby do otrzymywania informacji o stanie zdrowia dotyczące mojej osoby / mojego dziecka\* i udzielanych mi/mu\* świadczeniach:

L.p.	Imię i nazwisko, PESEL	Adres	nr telefonu

2. Upoważniam / nie upoważniam\* następujące osoby do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby/mojego dziecka\*:

L.p.	Imię i nazwisko, PESEL	Adres	nr telefonu

3. Upoważniam / nie upoważniam\* następujące osoby do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby / mojego dziecka\* w przypadku śmierci:

L.p.	Imię i nazwisko, PESEL	Adres	nr telefonu

4. Upoważniam / nie upoważniam\* następujące osoby do odbioru recept i środków zaopatrzenia medycznego:

L.p.	Imię i nazwisko, PESEL	Adres	nr telefonu

5. Zostałam/em poinformowana/y o Prawach Pacjenta.

Data złożenia oświadczenia: ..... Podpis pacjenta/przedstawiciela pacjenta: .....

W przypadku podania osób upoważnionych do otrzymywania informacji o stanie zdrowia i udzielonych Pani/Panu świadczeniach, osób upoważnionych do uzyskania dokumentacji medycznej oraz osób upoważnionych do odbioru recept i środków zaopatrzenia medycznego osoby trzecie, prosimy o poinformowanie tych osób o fakcie, że ich dane będą przetwarzane przez SP ZOZ w Nasielsku i że przysługują im wymienione poniżej prawa.

- Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest SP ZOZ w Nasielsku z siedzibą w 05-190 Nasielsku, ul. Sportowa 2, reprezentowany przez Dyrektora Marię Michalczyk, tel. 23 691 26 06 w. 3, e-mail: sekretariat@zoznasielsk.pl.
- Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych: tel. 23 691 26 06 w. 8, e-mail: iodo@zoznasielsk.pl
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b oraz art. 9 ust. 2 lit. h Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE w celu realizacji świadczeń medycznych.
- Dane osobowe zostały pozyskane bezpośrednio od Pani/Pana i mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Administratora np. dostawcom usług IT, podmiotom leczniczym wykonującym badania laboratoryjne i diagnostyczne, instytucjom upoważnionym z mocy prawa, osobom pisemnie przez Państwa upoważnionym do otrzymywania informacji o stanie zdrowia oraz do uzyskania dokumentacji medycznej, a także do odbioru recept i środków zaopatrzenia medycznego.
- Okres, przez który Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane będzie zgodny z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
- Posiada Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec takiemu przetwarzaniu, a także prawo do przenoszenia danych.



## Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nasielsku

05-190 Nasielsk, ul. Sportowa 2

NIP:531-15-01-474, REGON: 016457218-00027,

tel. 23 691 26 06, 23 691 25 03, e-mail: sekretariat@zoznasielsk.pl <http://www.zoznasielsk.pl>

7. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Podanie Pani/Pana danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne do realizacji świadczeń medycznych. W przypadku niepodania danych nie będzie możliwe skorzystanie z usług medycznych świadczonych przez SP ZOZ w Nasielsku.
9. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
10. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich oraz organizacji międzynarodowych.

**Data złożenia oświadczenia: ..... Podpis pacjenta/przedstawiciela pacjenta: .....**

\* niewłaściwe skreślić