**OŚWIADCZENIE PACJENTA/PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA\***

**PACJENT**

………………………………………….. ……………………………………… …………………………………

 (IMIĘ) (NAZWISKO) (PESEL)

1. **JA NIŻEJ PODPISANY, UPOWAŻNIAM:**

…………………………………………………………………………………………..

(IMIĘ I NAZWISKO OSOBY UPOWAŻNIONEJ)

…………………………………………………………………………………………..

(NUMER PESEL OSOBY UPOWAŻNIONEJ)

…………………………………………………………………………………………..

(ADRES I NUMER TELEFONU OSOBY UPOWAŻNIONEJ)

 **** do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych, w tym rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających sięprzewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu

nie wyrażam zgody i nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych

\*Niniejsze oświadczenie stanowi jednocześnie odwołanie wcześniej składanych upoważnień do otrzymywania informacji o stanie zdrowia Pacjenta i udzielonych świadczeniach zdrowotnych w Szpitalu ECZ Otwock.

|  |  |
| --- | --- |
| *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| *(data)* | *(Podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego)* |

1. **JA NIŻEJ PODPISANY, UPOWAŻNIAM:**

…………………………………………………………………………………………..

(IMIĘ I NAZWISKO OSOBY UPOWAŻNIONEJ)

…………………………………………………………………………………………..

(NUMER PESEL OSOBY UPOWAŻNIONEJ)

…………………………………………………………………………………………..

(ADRES I NUMER TELEFONU OSOBY UPOWAŻNIONEJ)

 **** do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby

 do wglądu do mojej dokumentacji medycznej również przypadku mojej śmierci

 **** nie wyrażam zgody i nie upoważniam nikogo do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby również w przypadku mojej śmierci

 **** nie wyrażam zgody i nie upoważniam nikogo do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby, za wyjątkiem mojej śmierci

\*Niniejsze oświadczenie stanowi jednocześnie odwołanie wcześniej składanych upoważnień do dostępu do dokumentacji medycznej Pacjenta w Szpitalu ECZ Otwock.

|  |  |
| --- | --- |
| *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| *(data)* | *(Podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego)* |

\*Niepotrzebne skreślić

*Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:*

1. *Administratorem danych osobowych Pacjentów jest* ***Europejskie Centrum Zdrowia Otwock****, adres: ul. Borowa 14/18, 05-400 Otwock;*
2. *administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogę się kontaktować w sprawach przetwarzania moich danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej:* *inspektorochronydanych@ecz-otwock.pl**;*
3. *Administrator będzie przetwarzał dane osobowe Pacjentów w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze oraz w celu zapewnienia opieki zdrowotnej.*

*Dokładna podstawa prawna:*

1. *dane niezbędne do ustalenia tożsamości Pacjenta przed udzieleniem świadczenia, w szczególności poprzez zgłoszenie do objęcia opieką medyczną, weryfikację danych podczas umawiania wizyty na stanowiskach rejestracyjnych, czy w gabinecie lekarskim - Administrator przetwarza na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) oraz art. 9 ust. 2 lit. h) RODO w zw. z art. 25 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,*
2. *dane zawarte w dokumentacji medycznej Pacjenta - Administrator przetwarza na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h) RODO w zw. z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,*
3. *dane zebrane celem realizacji praw Pacjenta zawarte np. w odbieranych i archiwizowanych oświadczeniach, w których Pacjent upoważnia inne osoby do dostępu do dokumentacji medycznej oraz wyraża zgodę na udzielanie im informacji o stanie zdrowia Pacjenta - Administrator przetwarza na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w zw. z art. 9 ust. 3 oraz art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,*
4. *dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także:*
5. *innym podmiot leczniczym oraz laboratorium zewnętrznym, współpracującym z Administratorem w celu zapewnienia ciągłości leczenia oraz dostępności opieki zdrowotnej,*
6. *podmiotom, z którymi Administrator zawarł umowę w związku z realizacją usług zaopatrujących Administratora w rozwiązania techniczne oraz organizacyjne, umożliwiające udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz zarządzanie organizacją Administratora,
w szczególności dostawcom usług teleinformatycznych, dostawcom sprzętu diagnostycznego oraz firmom kurierskim i pocztowym,*
7. *dostawcom usług prawnych i doradczych oraz wspierających Administratora w dochodzeniu należnych roszczeń, w szczególności kancelariom prawnym oraz zewnętrznym audytorom.*
8. *Administrator nie zamierza przekazywać Państwa/ Państwa dziecka danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.*
9. *Mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich/ Państwa dziecka danych osobowych w siedzibie Administratora.*

*Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:*

1. *Dane osobowe Pacjentów zawarte w dokumentacji medycznej będą przechowywane zgodnie z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tj. przez okres 20 lat od dnia dokonania w niej ostatniego wpisu z wyjątkami przewidzianymi w ww. ustawie.*
2. *Pacjentom przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia niektórych danych np. numeru telefonu oraz danych, których minął okres przechowywania. Dodatkowo Pacjentowi przysługuje prawo ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.*
3. *Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Administrator jako podmiot leczniczy jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób określony przepisami prawa, w tym do oznaczenia tożsamości Pacjenta z wykorzystaniem jego danych osobowych. Niepodanie danych może skutkować odmową rezerwacji wizyty, czy odmową udzielenia świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej.*
4. *Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa/ Państwa dziecka dane osobowe.*

|  |  |
| --- | --- |
| *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| *(data)* | *(Podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego)* |