Oświadczenie rodzica lub opiekuna prawnego

Uniwersyteckie Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego sp. z o.o.

1. Składający oświadczenie

Ja, niżej podpisany/-a,

Imię i nazwisko _____ PESEL _____

2. Oświadczenie (zaznaczyć X)

oświadczam, że jestem:

☐ rodzicem ☐ opiekunem prawnym ☐ opiekunem faktycznym

pacjenta:

Imię i nazwisko pacjenta _____ PESEL pacjenta _____

3. Podpis

_____

data i czytelny podpis składającego oświadczenie

Oświadczenie składa się, gdy rodzic nie może okazać metryki (aktu) urodzenia dziecka (§ 2 ust. 1 pkt 2 lit. a Procedury). Opiekun ustanowiony przez sąd okazuje orzeczenie sądu.

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO) informujemy o zasadach przetwarzania danych osobowych:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Uniwersyteckie Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego sp. z o.o., z siedzibą przy pl. Starynkiewicza 1/3, 02-015 Warszawa. Z Administratorem można skontaktować się listownie, pisząc na ww. adres, pod nr tel.: +48 22 583 03 10 oraz za pośrednictwem adresu e-mail: biuro@uczkin.pl.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, Panią Paulinę Gogolewską, z którą można się skontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z ich przetwarzaniem za pośrednictwem adresu e-mail: iod@uczkin.pl.
3. Państwa dane osobowe oraz dane małoletniego Pacjenta zawarte w oświadczeniu są przetwarzane w celach: a) weryfikacji uprawnień do reprezentowania małoletniego Pacjenta, wyrażania zgód na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz pozyskiwania informacji o jego stanie zdrowia (art. 6 ust. 1 lit. c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO w zw. z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawą o działalności leczniczej); b) prowadzenia, przechowywania i archiwizacji dokumentacji medycznej Pacjenta (art. 6 ust. 1 lit. c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO); c) ochrony żywotnych interesów pacjenta w przypadku konieczności podjęcia natychmiastowych działań ratujących życie lub zdrowie (art. 6 ust. 1 lit. d oraz art. 9 ust. 2 lit. c RODO).
4. Odbiorcami danych mogą być podmioty uprawnione do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa (np. NFZ, sądy) oraz podmioty przetwarzające dane w imieniu UCZKiN (np. dostawcy systemów IT obsługujący dokumentację medyczną) na podstawie umów powierzenia.
5. Niniejsze oświadczenie zostaje włączone do dokumentacji medycznej Pacjenta i jest przechowywane przez okres

wymagany przepisami prawa dla tej dokumentacji, co do zasady przez 20 lat od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu.

6. Przysługuje Państwu prawo dostępu do swoich danych oraz danych dziecka, ich sprostowania oraz ograniczenia przetwarzania. Prawo do usunięcia danych nie ma zastosowania ze względu na ustawowy obowiązek przechowywania dokumentacji medycznej.
7. Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Moniuszki 1A, 00-014 Warszawa), w przypadku uznania, że przetwarzanie danych narusza przepisy RODO.
8. Podanie danych jest wymogiem ustawowym. Jest ono niezbędne do ustalenia Państwa statusu prawnego względem małoletniego Pacjenta i umożliwienia legalnego udzielania mu świadczeń zdrowotnych (z wyjątkiem sytuacji nagłych, ratujących życie).