Upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej

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

Warszawa, dnia _____

1. Dane udzielającego upoważnienia (pacjent / przedstawiciel ustawowy / opiekun prawny pacjenta)

Imię i nazwisko _____ PESEL _____

Adres zamieszkania _____

2. Oświadczenie udzielającego upoważnienia

Ja, niżej podpisany/-a, na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta upoważniam Pana/Panią:

Imię i nazwisko osoby upoważnionej _____

Numer PESEL osoby upoważnionej lub seria i numer dokumentu tożsamości _____

do odbioru dokumentacji medycznej pacjenta:

Imię i nazwisko pacjenta _____ PESEL pacjenta _____

3. Okres obowiązywania upoważnienia (zaznaczyć X)

☐ upoważnienie jednorazowe

☐ upoważnienie ważne na czas określony, do dnia _____

☐ upoważnienie ważne bezterminowo (do momentu jego odwołania)

4. Podpisy

_____ data i czytelny podpis udzielającego upoważnienia

_____ data i czytelny podpis pracownika UCZKiN potwierdzającego złożenie w jego obecności podpisu przez udzielającego upoważnienia

Upoważnienie można złożyć w obecności pracownika UCZKiN albo z podpisem notarialnie poświadczonym (§ 2 ust. 5 Procedury). Osoba upoważniona przy odbiorze okazuje ważny dokument tożsamości.

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 Państwa danych osobowych:

1. Administratorem 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 są przetwarzane w celach: a) realizacji prawa pacjenta do upoważnienia innej osoby do dostępu do dokumentacji medycznej oraz prowadzenia i przechowywania tej dokumentacji (art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO w zw. z art. 26 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta); b) weryfikacji tożsamości osoby upoważnionej przy wydawaniu dokumentacji medycznej, co stanowi obowiązek prawny ciążący na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO).
4. Dane Osoby Upoważnionej zostały przekazane Administratorowi przez Pacjenta składającego oświadczenie o upoważnieniu.
5. Dane mogą być udostępniane podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa oraz podmiotom wspierającym UCZKiN w utrzymaniu systemów teleinformatycznych (dostawcy oprogramowania medycznego) na podstawie umów powierzenia przetwarzania danych.
6. Oświadczenie o upoważnieniu stanowi integralną część dokumentacji medycznej Pacjenta i jest przechowywane przez taki sam okres jak cała dokumentacja, co do zasady przez 20 lat od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu.
7. Zarówno Pacjentowi, jak i Osobie Upoważnionej przysługuje prawo dostępu do swoich danych, ich sprostowania oraz ograniczenia przetwarzania (w granicach dopuszczonych przez przepisy prawa medycznego). Prawo do usunięcia danych nie ma zastosowania ze względu na ustawowy obowiązek archiwizacji dokumentacji medycznej.
8. Każdej z osób przysługuje prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Moniuszki 1A, 00-014 Warszawa), jeśli uzna, że jej dane są przetwarzane niezgodnie z RODO.
9. Podanie danych przez Pacjenta i wskazanie danych Osoby Upoważnionej jest wymogiem ustawowym. Bez podania tych danych Szpital nie może zgodnie z prawem wydać dokumentacji medycznej osobie trzeciej.