



.....dnia

Upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej

Dane pacjenta lub przedstawiciela ustawowego pacjenta :

.....
(imię, nazwisko)

Nr PESEL

Adres zamieszkania

.....

nr tel

Oświadczenie pacjenta lub przedstawiciela ustawowego pacjenta

Upoważniam Pana/ Panią
imię, nazwisko

legitymującego /ej się dokumentem nr:

do odbioru dokumentacji medycznej pacjenta

dane pacjenta
imię , nazwisko

nr PESEL

.....
(data i podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego pacjenta)



Wojewódzki Szpital Chorób Płuc im. . Alojzego Pawelca

44-300 Wodzisław Śląski , ul. Bracka 13

NIP 647-21-80-171 REGON :000297690

tel: 32 453-71-10, fax: 32 455 53 25

sekretariat@wscp.wodzislaw.pl www.wscp.wodzislaw.pl

KLAUZULA INFORMACYJNA

dla osób upoważnionych przez pacjenta do udostępnienia dokumentacji medycznej

Na podstawie art. 14 ust. 1-2 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwane dalej RODO, informuję Pana/ Panią, że:

1. Pani / Pana dane osobowe zostały nam powierzone w związku z upoważnieniem w oświadczeniu pacjenta: do uzyskania informacji o stanie zdrowia pacjenta i planowanych oraz udzielanych świadczeniach zdrowotnych , do uzyskania dokumentacji medycznej
2. Administratorem Pani/ Pana danych osobowych jest Wojewódzki Szpital Chorób Płuc im. dr Alojzego Pawelca
44-300 Wodzisław Śląski, ul. Bracka 13, REGON: 000297690
tel. sekretariat 32/ 45- 37-101, fax 32/ 455-53-25
adres e-mail:sekretariat@wscp.wodzislaw.pl
3. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych. W celu kontaktu udostępnia dane imię i nazwisko – Alodia Urbańczyk
adres e-mail : alodia.urbanczyk@wscp.wodzislaw.pl
tel. 32/ 45-37-104
4. Powierzone nam dane obejmują : imię, nazwisko, dane kontaktowe , adres zamieszkania, nr i seria dokumentu tożsamości.
5. Pani/ Pana dane osobowe są przetwarzane w celu realizacji upoważnienia do uzyskania dokumentacji medycznej, na podstawie przepisów art. 6 ust.1 lit. c, d oraz art 9 ust.2 lit. h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych 2016/ 679 (RODO) oraz § 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. (Dz.U. 2020 poz. 666) w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
6. Pani/ Pana dane osobowe mogą być ujawniane podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa , podmiotom przetwarzającym upoważnionym przez administratora
7. Dane osobowe są przechowywane przez wymagany przepisami prawa okres przechowywania dokumentacji medycznej.
8. Przysługuje Pani/ Panu prawo do żądania dostępu do swoich danych osobowych, a w przypadku zaistnienia takiej konieczności, do ich sprostowania lub ograniczenia ich przetwarzania.
9. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony danych osobowych, gdy uzna Pan/ Pani ,iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych.
10. Pani/ Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji w tym profilowaniu
11. Pani/ Pana dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego, ani organizacji międzynarodowych.

.....
data i podpis