

OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO LUB OPIEKUNA FAKTYCZNEGO

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym / opiekunem faktycznym / małoletniego / osoby ubezwłasnowolnionej* (imię i nazwisko).....
(adres).....(PESEL).....

Zgodnie z rozdziałem 7 ustawy z dnia 6.11.2008r o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ja niżej podpisany/a (imię i nazwisko).....
(adres).....(PESEL).....

1. Upoważniam / nie upoważniam nikogo* (imię i nazwisko).....
(PESEL lub data urodzenia).....(telefon).....

do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia, udzielonych świadczeniach zdrowotnych przez MZOZ w Łędzinach dotyczących osoby, której jestem przedstawicielem ustawowym / opiekunem faktycznym.*

2. Upoważniam / nie upoważniam nikogo* (imię i nazwisko).....
(PESEL lub data urodzenia).....

do dostępu do dokumentacji medycznej prowadzonej w MZOZ w Łędzinach dotyczącej osoby, której jestem przedstawicielem ustawowym / opiekunem faktycznym.*

3. Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody / przedstawiam zaświadczenie sądu opiekuńczego* na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 06.11.2008r o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

4. Zgodnie z Art.13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (EU) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. (RODO) oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą obowiązku informacyjnego dotyczącego przetwarzania moich danych osobowych.

.....
data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego

OŚWIADCZENIE OSOBY UPOWAŻNIONEJ

Zgodnie z Art.14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (EU) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. (RODO) oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą obowiązku informacyjnego dotyczącego przetwarzania moich danych osobowych.

.....
czytelny podpis osoby upoważnionej

* niepotrzebne skreślić

.....
czytelny podpis pracownika

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Administrator danych:

Miejski Zespół Opieki Zdrowotnej w Łędzinach ul. Asnyka 2 43-140 Łędziny

Dane osoby wyrażającej zgodę:

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Oświadczam, że zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie, zostałem/am poinformowany/a o celu przetwarzania danych, dobrowolności ich podania, dostępie do nich, możliwości ich poprawienia, że zgodę mogę wycofać w dowolnym momencie co nie wpłynie na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano przed jej wycofaniem oraz, że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom a brak zgody nie spowoduje odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego.

Ja niżej podpisany/a zgodnie z Art.7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady EU 2016/679 z 27 kwietnia 2016r. (RODO) wyrażam dobrowolną i wyraźną zgodę na zbieranie i przetwarzanie moich danych osobowych w celu przekazywania informacji związanych ze świadczeniem usług medycznych przez Miejski Zespół Opieki Zdrowotnej w Łędzinach za pośrednictwem:

rozmowy telefonicznej

tak

nie

wysłanego SMS-a

tak

nie

poczty elektronicznej

tak

nie

Jeżeli wyrażono zgodę podać odpowiedni zakres danych:

numer telefonu.....

adres e-mail.....

.....
data i czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę

.....
czytelny podpis pracownika