Załącznik nr 3 do Procedury udostępnienia dokumentacji medycznej PP 4

**OŚWIADCZENIE RODZICA/ OPIEKUNA**

**Imię i nazwisko dziecka: ………………………………………………………………………………………………………………….**

**PESEL dziecka jeśli posiada/jeśli nie Rodzica: …………………………………………………………………………………..**

**Adres zamieszkania …………………………………………………………………………………………………………………………**

**Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie: ………………………………………………….…………………………**

**Telefon…………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

Stopień pokrewieństwa: Matka □ Ojciec □ opiekun prawny □

Imię i nazwisko drugiego Rodzica ………………………………………………………………………………………………………… □1.1. Upoważniam następujące osoby do otrzymania informacji o stanie zdrowia mojego dziecka i udzielanych mu świadczeniach:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Osoba upoważniona** | **PESEL** | **Telefon** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

□1.2 Nie upoważniam żadnych osób do otrzymania informacji o stanie zdrowia mojego dziecka i udzielonych mu świadczeniach

□2.1 Upoważniam następujące osoby do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojego dziecka:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Osoba upoważniona** | **PESEL** | **Telefon** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

□2.2 Nie upoważniam żadnych osób do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojego dziecka.

□3. Zostałem poinformowany o możliwości zapoznania się z Prawami Pacjenta.

□4.Wyrażam zgodę □ nie wyrażam zgody na wysyłanie informacji medycznej na poniższy adres mailowy:………………………………………………………………………………………………………………………………………………. □5. Wyrażam zgodę □ nie wyrażam zgody na kontakt telefoniczny w sprawach związanych z realizowanymi świadczeniami medycznymi w tym z potwierdzaniem i odwoływaniem wizyt oraz konsultacjami telefonicznymi.

Niniejsze oświadczenie podlegać będzie digitalizacji. Przyjmuję do wiadomości, że istnieje możliwość odbioru niniejszego dokumentu w ciągu 1 roku po jego digitalizacji. W przypadku podania osób upoważnionych do otrzymywania informacji o stanie zdrowia oraz upoważnionych do otrzymywania dokumentacji medycznej, prosimy o poinformowanie tych osób o fakcie, że ich dane będą przetwarzane przez SP ZOZ w Pilawie i że przysługują im prawa wymienione w informacji poniżej.

**Niniejsze oświadczenie obowiązuje do odwołania/zmiany lub osiągnięcia pełnoletności przez pacjenta.**

**Data złożenia oświadczenia: ……………………………………Podpis rodzica/opiekuna: ………………………………**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest SP ZOZ w Pilawie ul. Wojska Polskiego 16, 08-440 Pilawa. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest Adam Walczuk: email: inspektor@cbi24.pl. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji świadczeń medycznych, na podstawie art. 9 punkt 2h rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z art. 29 ustawy z dnia 06 listopada 2008 o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania, wyrażenia sprzeciwu przeciw przetwarzaniu Pani/Pana danych osobowych oraz prawo do przenoszenia danych. Posiada Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, adres: ul. Stawki 2, 00 – 193 Warszawa, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem udzielenia Pani/Panu świadczeń medycznych przez SP ZOZ w Pilawie. Pani/Pana dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w systemach informatycznych obsługi pacjenta.