

Pieczeń jednostki organizacyjnej

**UPOWAŻNIENIA - pacjent pełnoletni**

<b>Ja,</b>	<b>Nr PESEL</b>																			
(imię i nazwisko pacjenta)																				
<b>Legitymująca/y się</b>																				
	(nawa dokumentu tożsamości)																			
		(seria i numer)																		

**Oświadczam że\*** (zaznaczyć właściwe):

upoważniam do chwili odwołania **do prawa uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych**

..... (imię i nazwisko osoby upoważnionej)	<b>Nr PESEL</b>																			
---	-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Dane osoby upoważnionej:** NUMER TELEFONU: .....

nikogo nie upoważniam do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych

.....  
(miejscowość i data) (podpis pacjenta)

upoważniam do chwili odwołania **do dostępu do dokumentacji medycznej**

..... (imię i nazwisko osoby upoważnionej)	<b>Nr PESEL</b>																			
<b>w postaci:</b>		<b>TAK</b>									<b>NIE</b>									
<b>wglądu do dokumentacji medycznej</b>		<input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/>									
<b>pobierania kopii</b>		<input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/>									
<b>pobierania odpisów</b>		<input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/>									
<b>pobierania wyciągów</b>		<input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/>									
<b>pobierania oryginału</b>		<input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/>									
<b>upoważnienie obowiązuje zarówno za życia, jak i po śmierci pacjenta</b>		<input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/>									

nikogo nie upoważniam do dostępu do dokumentacji medycznej

.....  
(miejscowość i data) (podpis pacjenta)

- Uwaga:**
- Upoważnienie do prawa uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych może zostać w każdej chwili odwołane, po złożeniu stosownego pisemnego oświadczenia.**
  - Upoważnienie do dostępu do dokumentacji medycznej w ww. postaci, może zostać w każdej chwili odwołane, po złożeniu stosownego pisemnego oświadczenia.**
  - Tracą moc wcześniej złożone upoważnienia.**

Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 16 grudnia 2015 r. poz. 2135 ze zm.) informujemy, że administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”, z siedzibą w Warszawie, adres: Aleja Dzieci Polskich 20, zwany dalej IPCZD. Dane mogą być udostępniane podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.  
Dane osobowe będą przetwarzane w celach leczniczych (Dz. U. 2016 poz. 186) - tj. załącznik do obwieszczenia Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 28 stycznia 2016 r.).  
Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;

**ŚWIADOMA ZGODA****NA WYKORZYSTANIE ANONIMOWYCH DANYCH MEDYCZNYCH DO CELÓW NAUKOWYCH**

Ja niżej podpisany(a),	<input type="checkbox"/> wyrażam zgodę	<input type="checkbox"/> nie wyrażam zgody
------------------------	--	--

na przetwarzanie moich danych medycznych, które zostały zgromadzone w dokumentacji medycznej w przeszłości oraz będą zebrane w przyszłości, na potrzeby badań naukowych, prowadzonych przez pracowników naukowych IPCZD zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem.

- Administratorem danych medycznych jest Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” z siedzibą w Warszawie przy Alei Dzieci Polskich 20,
- dane umożliwiające identyfikację mojej osoby nie będą publikowane do celów naukowych;
- dane medyczne mojej osoby będą przetwarzane w bezpiecznym, zamkniętym miejscu;
- wszelkie dane osobowe będą zanonimizowane przed opublikowaniem wyników badań naukowych.

**Uwaga:**

1. **zgoda na przetwarzanie danych medycznych do celów naukowych może zostać w każdej chwili wycofana.**
2. **anulowanie zgody może nastąpić po załączeniu stosowanego pisemnego oświadczenia.**

<b>Imię i nazwisko pacjenta</b>		<b>Podpis, data:</b>	
---------------------------------	--	----------------------	--

*Podstawa Prawna: Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 1997 Nr 133 poz. 883 z późn. zm.)*

**ZGODA NA OTRZYMYWANIE POWIADOMIEŃ e-mail i SMS**

Ja niżej podpisany(a),	<input type="checkbox"/> wyrażam zgodę	<input type="checkbox"/> nie wyrażam zgody
------------------------	--	--

na otrzymywanie powiadomień mailowych oraz SMS-owych

<b>Imię i nazwisko pacjenta</b>		<b>Podpis, data:</b>	
---------------------------------	--	----------------------	--