

Legionowo, dnia

Imię i Nazwisko:

PESEL:

Miejsce zamieszkania:

Seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamości:

Email: lub Tel:

(podanie adresu email oraz nr telefonu jest dobrowolne a ich podanie traktowane jest jako zgoda na ich przetwarzanie w celu realizacji wniosku, w tym kontaktu w sprawach z nim związanych)

Oświadczenie osoby bliskiej zmarłego pacjenta w związku z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej

Ja, niżej podpisana/podpisany, oświadczam, że jestem osobą bliską pacjenta:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Jestem współmałżonkiem lub krewnym do drugiego stopnia powinowatym lub do drugiego stopnia w linii prostej lub przedstawicielem ustawowym lub osobą pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobą wskazaną przez pacjenta. (proszę skreślić niepotrzebne)

Oświadczam, że nie istnieje spór między innymi osobami bliskimi ww. pacjenta o udostępnienie mi dokumentacji medycznej.

Oświadczam, że nie mam wiedzy, że ww. pacjent za życia sprzeciwił się udostępnieniu mi dokumentacji medycznej.

Czytelny podpis składającego oświadczenie:

.....

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż Administratorem Państwa danych osobowych jest ZOZ LEGIONOWO Sp. z o.o. Ul. Gen. J. Sowińskiego 4; 05 – 120 Legionowo, reprezentowana przez Dorotę Glinicką. Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji procesów ZOZ LEGIONOWO, na podstawie art. 6 i 9 rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. Państwa dane osobowe będą przechowywane zgodnie z obowiązującymi wymaganiami prawnymi, w tym w art. 29 ustawy z dnia 06 listopada 2008 o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a w wypadku braku wymagań prawnych, zgodnie z ustaleniami zawartymi w dokumencie: „Retencja danych osobowych”. Posiadacie Państwo prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, wyrażenia sprzeciwu przeciw przetwarzaniu tych danych osobowych, prawo do usunięcia danych (o ile ma to zastosowanie) oraz prawo do przenoszenia danych. Posiadacie Państwo prawo do wniesienia skargi do Organu nadzorczego, gdy uznacie, iż przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. Podanie przez Państwa danych osobowych jest warunkiem koniecznym dla udzielenia Państwu świadczeń medycznych lub zawarcia z Państwem jakiegokolwiek umowy. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w systemach informatycznych ZOZ LEGIONOWO. ZOZ LEGIONOWO nie stosuje zautomatyzowanych metod podejmowania decyzji, w tym profilowania. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych Osobowych: iodo@nzozlegionowo.pl.