

Imię i nazwisko pacjenta, PESEL:

Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie, PESEL:

Imię i nazwisko drugiego rodzica, PESEL:

Stopień pokrewieństwa: ☐ - Matka ☐ - Ojciec ☐ - Opiekun Prawny

1.1. ☐ Upoważniam następujące osoby do otrzymania informacji o stanie zdrowia i udzielanych świadczeń, mojemu dziecku:

Lp.	Osoba upoważniona- Imię i Nazwisko, PESEL:	Adres, nr telefonu:

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:

Lp.	Osoba upoważniona- Imię i Nazwisko, PESEL:	Adres, nr telefonu:

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

☐ 3. Zostałam/em poinformowany o możliwości zapoznania się z Prawami Pacjenta.

4. Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody na przesyłanie informacji medycznej na poniższy adres mailowy:

.....

5. Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody na kontakt telefoniczny w sprawach związanych z realizowanymi świadczeniami medycznymi z wykorzystaniem numeru podanego w dokumentacji medycznej:

Numer telefonu:

**Proszę w powyższych okienkach zaznaczyć znakiem X odpowiednią odpowiedź.
Niniejsze oświadczenie obowiązuje do odwołania/zmiany lub osiągnięcia pełnoletności przez pacjenta.**

Data złożenia oświadczenia: Podpis składającego oświadczenie:

W wypadku 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 ZOZ LEGIONOWO i że przysługują im wymienione poniżej prawa:

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 ZOZ Legionowo Sp. z o.o. ul. Gen. J. Sowińskiego 4, 05 – 120 Legionowo, reprezentowana przez Dorotę Glinicką. 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 ustawą z dnia 06 listopada 2008 o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści Pani/Pana danych, prawo do ich sprostowania, wyrażenia sprzeciwu przeciw przetwarzaniu tych danych osobowych oraz prawo do przenoszenia danych. Posiada Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Organu nadzorczego, 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/Pana świadczeń medycznych przez ZOZ LEGIONOWO. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w systemach informatycznych obsługi pacjenta. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych Osobowych: iodo@nzozlegionowo.pl