

 ……………………dnia …………………

 **Upoważnienie do wydania niearchiwalnej dokumentacji medycznej medycznej ( zdjęcia RTG)**

Dane pacjenta lub przedstawiciela ustawowego pacjenta :

………………………………………………………………

 ( *imię, nazwisko )*

*Nr PESEL ………………………………………………………*

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

 *…………………………………………………………………………………………………………………*

*nr tel ……………………………………………...*

**Oświadczenie pacjenta lub przedstawiciela ustawowego pacjenta**

Upoważniam Pana/ Panią ………………………………………………………………………..

 *imię, nazwisko*

legitymującego /ej się dokumentem nr: ……………………………………………………………………..

do odbioru niearchiwalnej dokumentacji medycznej ( zdjęcia RTG) pacjenta

dane pacjenta …………………………………………………………

 *imię , nazwisko*

nr PESEL ……………………………………………………………

 …………………………………………………………………

 *( data i podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego pacjenta )*

**

 **Wojewódzki Szpital Chorób Płuc im. . Alojzego Pawelca**

 44-300 Wodzisław Śląski , ul. Bracka 13

 NIP 647-21-80-171 REGON :000297690

 tel: 32 453-71-10, fax: 32 455 53 25

 sekretariat@wscp.wodzislaw.pl www.wscp.wodzislaw.pl

 ***KLAUZULA INFORMACYJNA***

***dla osób upoważnionych przez pacjenta do wydania niearchiwalnej dokumentacji medycznej ( zdjęcia RTG)***

Na podstawie art. 14 ust. 1-2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady ( UE) 2016/ 679 z dnia 27 kwietnia 2016 r . w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych

 i w sprawie swobodnego przepływu takich danych ( ogólne rozporządzenie o ochronie danych ), zwane dalej RODO, informuję Pana/ Panią, że:

1. Pani / Pana dane osobowe zostały nam powierzone w związku z upoważnieniem w oświadczeniu pacjenta: do uzyskania informacji o stanie zdrowia pacjenta i planowanych oraz udzielanych świadczeniach zdrowotnych , do uzyskania dokumentacji medycznej
2. Administratorem Pani/ Pana danych osobowych jest Wojewódzki Szpital Chorób Płuc im. dr Alojzego Pawelca

44-300 Wodzisław Śląski, ul. Bracka 13, REGON: 000297690

tel. sekretariat 32/ 45- 37-101, fax 32/ 455-53-25

adres e-mail:sekretariat@wscp.wodzislaw.pl

1. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych. W celu kontaktu udostępnia dane

 imię i nazwisko – Alodia Urbańczyk

adres e-mail : alodia.urbanczyk@wscp.wodzislaw.pl

tel. 32/ 45-37-104

1. Powierzone nam dane obejmują : imię, nazwisko, dane kontaktowe , adres zamieszkania, nr i seria dokumentu tożsamości.
2. Pani/ Pana dane osobowe są przetwarzane w celu realizacji upoważnienia do uzyskania dokumentacji medycznej, na podstawie przepisów art. 6 ust.1 lit. c, d oraz art 9 ust.2 lit. h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych 2016/ 679 (RODO ) oraz § 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. (Dz.U. 2020 poz. 666) w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
3. Pani/ Pana dane osobowe mogą być ujawniane podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa , podmiotom przetwarzającym upoważnionym przez administratora
4. Dane osobowe są przechowywane przez wymagany przepisami prawa okres przechowywania dokumentacji medycznej.
5. Przysługuje Pani/ Panu prawo do żądania dostępu do swoich danych osobowych, a w przypadku zaistnienia takiej konieczności, do ich sprostowania lub ograniczenia ich przetwarzania.
6. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony danych osobowych, gdy uzna Pan/ Pani ,iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy

o ochronie danych osobowych.

1. Pani/ Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji w tym profilowaniu.
2. Pani/ Pana dane mogą być przechowywane na serwerach zlokalizowanych w Unii Europejskiej i mogą być przekazane na podstawie standardowych klauzul ochronnych – do państwa trzeciego w związku z korzystaniem przez administratora z rozwiązań chmurowych dostarczanych przez firmę Microsoft. Stosowane przez Microsoft standardowe klauzule umowne zgodne z wzorcami zatwierdzonymi przez Komisję Europejską, dostępne są pod adresem : <http://www.microsoft.com/en-us/licensing/product-licensing/products.aspx> w części Online Services Terms (OST) .

 ……………………………..

 data i podpis