

| | | |
|---|--|--|
| <p>POZYTYWNE PRZYCHODNIE LEKARSKIE SP. Z O.O.</p> <p>80-298 Gdańsk, ul. Św Brata Alberta 26</p> <p>tel. 58 333 40 73</p> <p>NIP 9571153546 REGON: 524228690</p> | <p>Upoważnienie do udzielenia informacji o stanie zdrowia, do dokumentacji medycznej oraz do odebrania recepty lub zlecenia</p> | |
|---|--|--|

Nazwisko i imię pacjenta: PESEL _____

■ Dane osoby upoważnionej:

Nazwisko: Imię:

PESEL _____ tel.....

Adres zamieszkania.....

Działając na podstawie art.9 ust.3 ustawy z dnia 6 listopada 2018 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2017 r., poz.1318 z późn. zm.) w związku z §8 ust.1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2015 r., poz.2069)

upoważniam wyżej wymienioną osobę

nie upoważniam nikogo

do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach medycznych.

■ Dane osoby upoważnionej:

Nazwisko: Imię:

PESEL _____ tel.....

Adres zamieszkania.....

Działając na podstawie art.26 ust.1 ustawy z dnia 6 listopada 2018 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2017 r., poz.1318 z późn. zm.) w związku z §8 ust.1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2015 r., poz. 2069)

upoważniam wyżej wymienioną osobę

nie upoważniam nikogo

do dostępu do mojej dokumentacji medycznej

w pełnym zakresie

w zakresie ograniczonym do.....

■ Dane osoby upoważnionej:

Nazwisko: Imię:
PESEL _____ tel.....
Adres zamieszkania.....

Działając na podstawie art. 42 ust. 3 ustawy z dnia 16 grudnia 2016 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 617 późn. zm.) oraz art. 15b ust.3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz.U. z 2018 r., poz.123 z późn. zm.)

upoważniam wyżej wymienioną osobę do odbioru recepty lub zlecenia

oświadczam, że recepty lub zlecenia mogą być przekazane osobie trzeciej (dowolnej osobie, bez szczegółowego jej określenia)

Data **CZYTELNY podpis pacjenta**

W związku z art. 13 RODO informujemy, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych są Pozytywne Przychodnie Lekarskie Sp. z o.o. z siedzibą przy ul. Św. Brata Alberta 26 80-298 Gdańsk, adres e-mail: rejestracja@pozytywneprzychodnie.pl

tel.: 58 333 40 73.

2. Administrator wyznaczył Inspektora ochrony danych, z którym można kontaktować się w sprawach ochrony danych osobowych na adres mailowy: iod@pozytywneprzychodnie.pl lub pisemnie na adres siedziby Administratora.

3. Dane przetwarzane są w celu: prowadzenia profilaktyki zdrowotnej; diagnozy medycznej i leczenia; zapewnienia opieki zdrowotnej na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO (przetwarzanie niezbędne do realizacji obowiązków prawnych ciążących na administratorze) oraz art. 9 ust. 2 lit. h) RODO (przetwarzanie niezbędne do celów profilaktyki zdrowotnej).

4. Ma Pani/Pan prawo do: dostępu do swoich danych osobowych, żądania sprostowania danych, żądania usunięcia danych z zastrzeżeniem art. 17 ust. 3 RODO, żądania ograniczenia ich przetwarzania, prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, e-mail: kancelaria@uodo.gov.pl).

5. Więcej szczegółowych informacji jest dostępna w rejestracji, na tablicy informacyjnej oraz na stronie www.pozytywneprzychodnie.pl