

**Oświadczenie Pacjenta, Przedstawiciela ustawowego pacjenta lub Osoby upoważnionej przez pacjenta o przesyłaniu dokumentacji medycznej za pomocą środków komunikacji elektronicznej \*\***

Ja niżej podpisany/a:

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko adres zamieszkania osoby składającej oświadczenie (wypełnić drukowanymi literami)

proszę o przesyłanie przez Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej, 34-200 Sucha Beskidzka, ul Szpitalna 22, **zwany dalej ZOZ**, dokumentacji medycznej pacjenta

.....  
(imię i nazwisko, PESEL pacjenta)

na wskazany poniżej adres środka komunikacji elektronicznej \*:

\_\_\_\_\_  
**adres poczty elektronicznej pacjenta, przedstawiciela ustawowego pacjenta, osoby upoważnionej przez pacjenta \*\*** (wypełnić wyraźnie, aby wysłać dokumentację medyczną właściwemu adresatowi)

lub

\_\_\_\_\_  
**adres elektronicznej skrzynki podawczej pacjenta, przedstawiciela ustawowego pacjenta, osoby upoważnionej przez pacjenta \*\*** (wypełnić wyraźnie, aby wysłać dokumentację medyczną właściwemu adresatowi)

\_\_\_\_\_  
**Inny niż wskazany powyżej środek komunikacji, na który ma być przekazane osobie składającej Oświadczenie hasło dostępu do zaszyfrowanej dokumentacji medycznej pacjenta (np. numer telefonu komórkowego)** (wypełnić wyraźnie, ponieważ za pomocą tego środka komunikacji zostanie przekazane hasło dostępu do odszyfrowania przesłanego pliku zawierającego dokumentację medyczną)

Jednocześnie zobowiązuję się do zapewnienia bezpieczeństwa otrzymanej dokumentacji medycznej, konta o wskazanym przeze mnie adresie poczty elektronicznej lub adresie elektronicznej skrzynki podawczej.

**oraz potwierdzam zapoznanie się z klauzulą informacyjną**

\_\_\_\_\_  
Miejscowość

\_\_\_\_\_  
Data i podpis pacjenta, przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osoby upoważnionej przez pacjenta

\* można podać tylko jeden adres środka komunikacji elektronicznej;

\*\* niepotrzebne skreślić.

**Klauzula informacyjna**  
**dotycząca przesyłania dokumentacji medycznej za pomocą środków komunikacji elektronicznej**

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r.) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej z siedzibą przy ul. Szpitalnej 22 w Suchej Beskidzkiej, kod pocztowy: 34-200, tel. 33 8723100, adres poczty elektronicznej: sekretariat@zozsuchabeskidzka.pl.
2. Kontakt z pracownikiem odpowiedzialnym za ochronę danych osobowych jest możliwy poprzez adres poczty elektronicznej: masad@zozsuchabeskidzka.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe są/będą zbierane oraz przetwarzane, zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta, wyłącznie w celu udostępniania dokumentacji medycznej za pomocą środków komunikacji elektronicznej na podstawie art. 6 ust. 1 lit. A i lit. C oraz art. 9 ust.1 lit. H ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r.
4. Przysługuje Pani/Panu prawo żądania dostępu do treści danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.
5. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne w celu udostępnienia dokumentacji medycznej za pomocą środków komunikacji elektronicznej.
6. Dane osobowe będą udostępniane tylko instytucjom upoważnionym z mocy przepisów prawa oraz wyłącznie w zakresie niezbędnym do realizacji świadczeń zdrowotnych.
7. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu(\*).
8. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
9. Dane osobowe udostępnione przez Panią/Pana będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne, tj. przez okres wyznaczony właściwym przepisem prawa: Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta.

(\*) Profilowanie - dowolna forma zautomatyzowanego przetwarzania danych osobowych, która polega na wykorzystaniu danych osobowych do oceny niektórych czynników osobowych osoby fizycznej, w szczególności do analizy lub prognozy aspektów dotyczących pracy tej osoby fizycznej, jej sytuacji.

Potwierdzam zapoznanie się z powyższą klauzulą:

.....  
czytelny podpis Pacjenta, Przedstawiciela ustawowego pacjenta lub Osoby upoważnionej przez pacjenta