Załącznik nr 1 do Regulaminu Serwisu Internetowego

**OŚWIADCZENIE**

Ja, ………………………. **(imię i nazwisko osoby dysponującej dokumentacją medyczną)** ……………………**……… (numer pesel)** oświadczam, że posiadam upoważnienie\* do dysponowania dokumentacją medyczną dotyczącą …………………………….. **(imię i nazwisko pacjenta, którego dysponuje się dokumentacją medyczną)** …………………………..(**numer** **pesel**). W związku z tym, mam prawo udostępniać dokumentację medyczną, którą dysponuję, uprawnionym podmiotom, zgodnie z przepisami prawa w uzasadnionych celach, takich jak min. prowadzenie leczenia pacjenta, badania lekarskie, analizy medyczne oraz uzyskiwać na ich podstawie informacje, a także podejmować decyzje związane z danymi medycznymi pacjenta.

Oświadczam również, że jestem w pełni odpowiedzialna/y za dokumentację medyczną pacjenta, którą dysponuję, zobowiązuję się do przestrzegania przepisów prawa w zakresie ochrony danych osobowych oraz zachowania poufności informacji medycznych pacjenta, zawartych oraz uzyskanych na podstawie dokumentacji medycznej, którą dysponuje.

…..……………………………………………………………..

**(imię i nazwisko osoby dysponującej dokumentacją medyczną)**

Administratorem danych osobowych jest Eurodiagnosis Sp. z o.o. Informacje dotyczące przetwarzania państwa danych osobowych dostępne są w klauzuli informacyjnej „Osoby upoważnione do wglądu do dokumentacji pacjenta i otrzymywania informacji o jego stanie zdrowia” dostępnej na naszej stronie internetowej [www.eurodiagnosis.pl](about:blank). Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych: [iod@pca.pl](about:blank).

Prosimy o zapoznanie się z treścią informacji dotyczących przetwarzania państwa danych osobowych.

\*upoważnienie, o którym mowa w art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.   
z 2024 r., poz. 58 t.j.)

Załącznik nr 2 do Regulaminu Serwisu Internetowego

**OŚWIADCZENIE**

Ja, ………………………. **(imię i nazwisko osoby dysponującej dokumentacją medyczną)** …………………..(**numer** **pesel**) oświadczam, że dysponuję dokumentacją medyczną zmarłej/zmarłego w dniu ……………………………. dotyczącą …………………………………………….….. **(imię i nazwisko zmarłego) …………………. (**numer pesel) na podstawie:

* udzielonego za życia pacjenta upoważnienia\* do dysponowania dokumentacją medyczną;
* w chwili zgonu pacjenta byłam/em jego przedstawicielem ustawowym;
* jako osoba bliska zmarłemu, a udostępnieniu nie sprzeciwia się żadna inna osoba bliska lub sam pacjent za życia.

W związku z tym, mam prawo udostępniać dokumentację medyczną, którą dysponuję, uprawnionym podmiotom, zgodnie z przepisami prawa w uzasadnionych celach, takich jak min. analizy medyczne oraz uzyskiwać na ich podstawie informacje.

Oświadczam również, że jestem w pełni odpowiedzialna/y za dokumentację medyczną pacjenta, którą dysponuję, zobowiązuję się do przestrzegania przepisów prawa w zakresie ochrony danych osobowych oraz zachowania poufności informacji medycznych pacjenta, zawartych oraz uzyskanych na podstawie dokumentacji medycznej, którą dysponuje.

…..……………………………………………………………..

**(imię i nazwisko osoby dysponującej dokumentacją medyczną)**

Administratorem danych osobowych jest Eurodiagnosis Sp. z o.o. Informacje dotyczące przetwarzania państwa danych osobowych dostępne są w klauzuli informacyjnej „Osoby upoważnione do wglądu do dokumentacji pacjenta i otrzymywania informacji o jego stanie zdrowia” dostępnej na naszej stronie internetowej [www.eurodiagnosis.pl](about:blank). Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych: [iod@pca.pl](about:blank).

Prosimy o zapoznanie się z treścią informacji dotyczących przetwarzania państwa danych osobowych.

\*upoważnienie, o którym mowa w art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.   
z 2024 r., poz. 58 t.j.)