**Oświadczenie osoby bliskiej zmarłego Pacjenta w związku**

**z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej**

 **Dane osoby składającej oświadczenie:**

1. Imię i nazwisko…………………………………………………………………………………………………………………………………..

2. Nazwa i numer dokumentu tożsamości …………………….………………………………………………………………………

3. Dane kontaktowe (numer telefonu, adres poczty elektronicznej lub adres zamieszkania)

………………………………………………………………………………………….……………………….…………………………………………

**I Oświadczam, że jestem osobą bliską dla zmarłego Pacjenta**

w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

 **Osoba bliska w rozumieniu art. 3 ust. 1 p. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta**:

(proszę zaznaczyć właściwe X)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 1 |  **małżonek Pacjenta** |
|  | 2 | **osoba pozostająca we wspólnym pożyciu** |
|  | 3 | **przedstawiciel ustawowy Pacjenta** |
|  | 4 | **osoba upoważniona przez Pacjenta** |
|  | 5 | **krewny do drugiego stopnia:** |
|  |  a) | **rodzic Pacjenta** |
|  |  b) | **dziecko Pacjenta** |
|  |  c) | **dziadek/babcia Pacjenta** |
|  |  d) | **wnuk/wnuczka Pacjenta** |
|  |  e) | **brat/siostra Pacjenta** |
|  | 6 | **powinowaty w linii prostej do drugiego stopnia:** |
|  |  a) | **rodzic małżonka Pacjenta** |
|  |  b) | **dziecko małżonka Pacjenta** |
|  |  c) | **dziadek/babcia małżonka Pacjenta** |
|  |  d) | **wnuk/wnuczka małżonka Pacjenta** |

**II Ponadto oświadczam, że zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą, udostępnieniu dokumentacji medycznej nie sprzeciwił(a) się:**

- inna osoba bliska

- pacjent za życia

 **Dane zmarłego Pacjenta:**

1. Imię (imiona) i nazwisko…………………………………………………………………………………....................................

2. Data urodzenia lub PESEL………………………………………………………………………………………………………………….

Oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne z prawdą.

 ………………….……..………………………………………………………………………………………………………………………………….

 **(Data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)**

 **KLAUZULA INFORMACYJNA**

 **dotycząca udostępniania dokumentacji medycznej zmarłego Pacjenta osobie bliskiej**

1. Dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie bliskiej w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 3 ustawy

o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta na podstawie złożonego wniosku, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu Pacjent za życia (zgodnie z art. 26 ust. 2 ustawy

o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

2. Dokumentacja zostanie udostępniona po potwierdzeniu zgonu Pacjenta. W przypadku gdy zgon Pacjenta nie nastąpił w Miejskim Szpitalu Zespolonym w Częstochowie osoba bliska jest zobowiązana do okazania aktu zgonu Pacjenta przed udostępnieniem dokumentacji.

**KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

**W MIEJSKIM SZPITALU ZESPOLONYM W CZĘSTOCHOWIE**

**na potrzeby udostępnienia dokumentacji medycznej zmarłego Pacjenta- osobie bliskiej**

***W związku z realizacją wymogów 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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych.***

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Szpital Zespolony w Częstochowie,
ul. Mirowska 15, 42-202 Częstochowa, reprezentowany przez kierownika podmiotu leczniczego.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – tel. 34/370 26 66
3. Administrator danych osobowych przetwarza Pani/Pana dane osobowe na podstawie obowiązujących przepisów prawa (ustawa z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej, w celu weryfikacji prawa osoby wnioskującej do otrzymania dokumentacji medycznej zmarłego pacjenta.
5. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być podmioty upoważnione na podstawie obowiązujących przepisów prawa, podmioty przetwarzające na podstawie zawartych umów, gwarantujące wdrożenie odpowiednich zabezpieczeń zgodnych z RODO, ·w szczególności podmioty dostarczające rozwiązania IT dla Szpitala.
6. Okres przechowywania danych osobowych, pozyskanych w celu realizacji obowiązku ustawowego, uregulowany jest Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.
7. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługują Pani/Panu prawa dostępu do danych osobowych, prawa do żądania sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych, prawa do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawa do przenoszenia danych, za wyjątkiem, gdy przepisy prawa wyłączają możliwość skorzystania z przysługujących praw.
8. Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym w formie profilowania. Państwa dane nie będą przekazywane do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych.
9. Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych.

**Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa**

1. Podanie przez Panią/Pana danych jest dobrowolne, ale niezbędne do uzyskania wnioskowanej dokumentacji.

**Zapoznałam(em) się z treścią powyższych klauzul**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

  **(Data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)**