



Samodzielny Publiczny Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Międzyrzeczu

www.obrzyce.eu

66-300 Międzyrzecz, ul. Poznańska 109

tel. 095/7428700, fax. 095/7428701

e-mail: sekretariat@obrzyce.eu

NIP: 596-15-22-446, REGON: 000290133

Załącznik nr 3 do Procedury udostępniania i przechowywania dokumentacji medycznej QP-07/O (wydanie IV) z dnia 24.07.2026r.

UPOWAŻNIENIE DO UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (wypełnia osoba upoważniająca)

Uwaga: upoważnienie wymagane jest w przypadku upoważnienia osoby innej niż wskazana w dokumentacji medycznej

1. DANE PACJENTA

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

Nr PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

W przypadku osób, które nie posiadają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

2. DANE OSOBY UDZIELAJĄCEJ UPOWAŻNIENIA (wypełnić, jeśli upoważnienia udziela przedstawiciel ustawowy; jeśli upoważnienia udziela osobiście pacjent wskazany w Sekcji 1 – zaznacz pole „Pacjent” i przejdź do Sekcji 3)

☐ Pacjent

☐ Przedstawiciel ustawowy pacjenta

Imię i Nazwisko

Nr PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

W przypadku osób, które nie posiadają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.....

Status przedstawiciela ustawowego (wypełnić wyłącznie w przypadku reprezentowania pacjenta przez przedstawiciela ustawowego):

☐ rodzic

☐ opiekun prawny

☐ kurator

☐ inny (jaki?)

3. OSOBA, KTÓREJ UDZIELANE JEST UPOWAŻNIENIE**

Imię i Nazwisko

Nr PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

W przypadku osób, które nie posiadają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.....

4. ZAKRES UPOWAŻNIENIA

Na podstawie art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta upoważniam wskazaną powyżej osobę do uzyskiwania dostępu do dokumentacji medycznej w następującym zakresie: (właściwe pole należy zaznaczyć znakiem „X”):

- ☐ wglądu do dokumentacji medycznej
- ☐ odbioru dokumentacji medycznej
- ☐ do wykonywania wszelkich czynności związanych z udostępnieniem dokumentacji medycznej, w tym złożenia wniosku, odbioru dokumentacji oraz potwierdzenia jej odbioru.

5. OKRES OBOWIĄZYWANIA UPOWAŻNIENIA

- ☐ Upoważnienie obowiązuje do odwołania
- ☐ Upoważnienie jednorazowe – wyłącznie do realizacji niniejszego upoważnienia
- ☐ Upoważnienie obowiązuje do dnia:.....

6. OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że udzielam niniejszego upoważnienia dobrowolnie oraz że dane podane w formularzu są zgodne z prawdą.

.....
miejscowość

.....
(data i czytelny podpis osoby udzielającej Upoważnienia)

Pouczenie :

1. Upoważnienie stanowi odrębny dokument od wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej i może zostać złożone przed realizacją wniosku albo łącznie z tym wnioskiem.
2. Zakres upoważnienia określa osoba udzielająca upoważnienia poprzez zaznaczenie właściwego pola.
3. W przypadku zaznaczenia opcji obejmującej wykonywanie wszystkich czynności związanych z realizacją wniosku osoba upoważniona jest uprawniona do dokonania wszystkich czynności niezbędnych do realizacji wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej, w granicach wynikających z niniejszego upoważnienia oraz obowiązujących przepisów prawa.
4. Wgląd do dokumentacji medycznej odbywa się w obecności upoważnionego pracownika Szpitala, w miejscu udostępniania dokumentacji medycznej wskazanym przez Szpital, w tym również w poradniach będących komórkami organizacyjnymi Szpitala zlokalizowanymi poza jego siedzibą.
5. Przed umożliwieniem wglądu lub wydaniem dokumentacji medycznej Szpital dokonuje weryfikacji tożsamości osoby upoważnionej na podstawie dokumentu potwierdzającego tożsamość.
6. W przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, ubezwłasnowolniona całkowicie lub osoba niezdolna do świadomego wyrażenia zgody, upoważnienia udziela jej przedstawiciel ustawowy w granicach przysługujących mu uprawnień.
7. Zgodnie z § 8 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, niezbędnymi danymi osoby upoważnionej są jej imię i nazwisko. Podanie numeru PESEL albo rodzaju i numeru dokumentu potwierdzającego tożsamość służy jednoznacznej identyfikacji osoby upoważnionej. Brak tych danych nie stanowi podstawy do odmowy przyjęcia upoważnienia.

INFORMACJA DLA OSOBY WNIOSKUJĄCEJ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ DOTYCZĄCA ZASAD PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Szanowni Państwo,
wypełniając obowiązek prawny wynikający z art. 13 ust. 1i2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016)¹⁾ RODO informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych osób wnioskujących jest Samodzielny Publiczny Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu z siedzibą przy ul. Poznańskiej 109, 66-300 Międzyrzecz, NIP: 596-15-22-446, REGON: 000290133, tel. kontaktowy: 95 7428700; e-mail: sekretariat@obrzyce.eu
2. Szpital przetwarza dane osobowe w celu realizacji wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej oraz w celu ich rejestracji i ewidencjonowania, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
3. Przetwarzanie danych osobowych osób wnioskujących oparte jest na właściwej, zgodnej z obowiązującymi przepisami podstawie prawnej art. 6 ust. 1 lit. c) RODO przy zachowaniu obowiązków wynikających z ustawy o prawach pacjenta

i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

4. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Brak podania danych uniemożliwi realizację wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej.

5. Administrator udostępnia dane osobowe osób wnioskujących, gdy taki obowiązek wynika z przepisów obowiązującego prawa.

6. Dane osobowe osób wnioskujących nie będą przekazywane odbiorcom w państwach trzecich oraz organizacjom międzynarodowym.

7. Dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu.

8. Dane osobowe przetwarzane w związku z realizacją wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej będą przechowywane przez okres odpowiadający okresowi przechowywania dokumentacji medycznej, której dotyczy wniosek, chyba że obowiązujące przepisy prawa wymagają ich dłuższego przechowywania.

9. Ma Pani/Pan prawo do:

1) dostępu do treści swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także ich przenoszenia, w granicach określonych przepisami prawa;

2) wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w przypadku gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza obowiązujące przepisy prawa;

3) kontaktowania się z Inspektorem Ochrony Danych SPSNPCH w Międzyrzeczu we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych oraz wykonywaniem praw przysługujących Pani/Panu na mocy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych, dzwoniąc pod nr tel. tel.95 7428823 lub kontaktując się na adres e-mail: iod@obrzyce.eu

¹⁾RODO - Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.