



Oświadczenie osoby bliskiej zmarłego pacjenta

....., dnia

I Dane osoby składającej oświadczenie

1. Imię i nazwisko.....
2. Nazwa i numer dokumentu tożsamości dokumentu tożsamości.....
3. Dane kontaktowe (numer telefonu, adres poczty elektronicznej lub adres zamieszkania)
.....
.....

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

(proszę zaznaczyć właściwe)

- | | |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| a) mąż/Pacjenta | f) powinowaty w linii prostej do drugiego stopnia: |
| b) osoba pozostająca we wspólnym pożyciu | ○ rodzic małżonka Pacjenta |
| c) przedstawiciel ustawowy Pacjenta | ○ dziecko małżonka Pacjenta |
| d) osoba upoważniona przez Pacjenta | ○ dziadek/babcia małżonka Pacjenta |
| e) krewny do drugiego stopnia: | ○ wnuk małżonka Pacjenta |
| ○ rodzic Pacjenta | |
| ○ dziecko Pacjenta | |
| ○ dziadek/babcia Pacjenta | |
| ○ wnuk Pacjenta | |
| ○ brat/siostra Pacjenta | |

Oświadczam, że jestem osobą bliską dla zmarłego Pacjenta

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

III Dane zmarłego Pacjenta

1. Imię (imiona) i nazwisko.....
2. Data urodzenia lub PESEL.....

.....

(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 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 CSK MSWiA w Warszawie osoba bliska jest zobowiązana do okazania aktu zgonu Pacjenta przed udostępnieniem dokumentacji.

Klauzula informacyjna

dotycząca danych osobowych osób składających oświadczenie osoby bliskiej zmarłego pacjenta

1. Administratorem Danych Osobowych jest Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie, ul. Wołoska 137, 02-507 Warszawa, tel. 22 508 20 00, reprezentowany przez Dyrektora.
2. W sprawach związanych z ochroną danych osobowych należy się kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem poczty elektronicznej iod@cskmswia.pl, tel. 22 508 10 34.
3. Administrator Danych Osobowych będzie przetwarzał dane osobowe przez okres 20, 22 lub 30 lat liczonych od daty sporządzenia ostatniego wpisu w dokumentacji medycznej stosownie do okresów przechowywania dokumentacji, która była przedmiotem wniosku, określonych w art. 29 *ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.
4. Osobie składającej oświadczenie przysługuje prawo dostępu do treści jej danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia niektórych danych oraz trwałego usunięcia danych osobowych po upływie okresu przechowywania.
5. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne do weryfikacji tożsamości związanej z ochroną wrażliwych danych osobowych Pacjenta przed dostępem osób nieupoważnionych.
6. Dane osobowe mogą być udostępniane uprawnionym podmiotom publicznym zgodnie z przepisami prawa.
7. Dane osobowe nie będą przetwarzane w celach marketingowych bez wyraźnej zgody i nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.
8. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
9. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania w CSK MSWiA w Warszawie danych pacjentów znajdują się na stronie internetowej www.cskmswia.pl w zakładce Dla Pacjenta – Ochrona danych.