ZGODA PACJENTA NA UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wyrażenie zgody na podstawie art. 9 ust. 2 lit. a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO) oraz art. 26 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

1. Dane pacjenta / zawodnika

Imię i nazwisko	*wpisz imię i nazwisko*
Data urodzenia	*dd-mm-rrrr*
PESEL	*numer PESEL*
Adres zamieszkania	*ulica, nr domu, kod pocztowy, miejscowość*
Numer dokumentu tożsamości	*seria i numer*
Klub / Kadra	*nazwa klubu*

2. Dane placówki medycznej udostępniającej dokumentację

Nazwa placówki	*Szpital Dworska*
Adres placówki	*adres szpitala*

3. Treść zgody

Ja, niżej podpisany/a, będąc pacjentem placówki wskazanej w pkt 2, wyrażam dobrowolną zgodę na udostępnienie przez tę placówkę wyników moich badań lekarskich oraz mojej dokumentacji medycznej (w tym historii choroby, wyników konsultacji specjalistycznych, badań diagnostycznych i obrazowych) związanych z konsultacją medyczną realizowaną w ramach współpracy barterowej ze Małopolskim Związkiem Bokserskim, następującym osobom:

Imię i nazwisko	**Funkcja**
Piotr Snopkowski	*Prezes Zarządu Małopolskiego Związku Bokserskiego*
Kamila Rawojć	*Pełnomocnik Zarządu Małopolskiego Związku Bokserskiego*

Zgoda obejmuje przekazanie ww. dokumentacji w formie papierowej i/lub elektronicznej, w celu podjęcia przez Zarząd Małopolskiego Związku Bokserskiego decyzji administracyjnych dotyczących dalszego leczenia, rehabilitacji oraz finansowania opieki medycznej zawodnika w ramach współpracy ze Szpitalem Dworska..

4. Oświadczenia dodatkowe

☐ Zostałem/am poinformowany/a o zakresie i celu udostępnienia dokumentacji medycznej.

☐ Zostałem/am poinformowany/a o prawie dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz o prawie wycofania zgody w dowolnym momencie.

☐ Dotyczy zawodnika niepełnoletniego – zgodę wyraża i podpisuje rodzic / opiekun prawny.

Administratorem danych osobowych w zakresie udostępnionej dokumentacji medycznej pozostaje placówka wskazana w pkt 2. Małopolski Związek Bokserski przetwarza otrzymane dane wyłącznie w celu, o którym mowa w pkt 3, przez okres niezbędny do jego realizacji.

miejscowość, data

czytelny podpis pacjenta / zawodnika (opiekuna prawnego)