

Plnomocenstvo

(pre potreby sprístupnenia údajov zo zdravotnej dokumentácie)

Splnomocniteľ (pacient/dotknutá osoba):

Meno, priezvisko:

Rodné číslo : Dátum narodenia:

Adresa trvalého bydliska:

Číslo OP:

Sekundárny doklad: Druh: Číslo:

týmto splnomocňujem:

Splnomocnenec (osoba splnomocnená na prevzatie údajov zo zdravotnej dokumentácie):

Meno, priezvisko:

Rodné číslo : Dátum narodenia:

Adresa trvalého bydliska:

Číslo OP:

na nasledujúce právne úkony: Aby ma v plnom rozsahu zastupoval/a pred Fakultnou nemocnicou AGEL Skalica a.s. vo veci:

1. Podávania žiadostí o poskytnutie a sprístupnenie údajov z mojej zdravotnej dokumentácie v zmysle § 24 a § 25 zákona č. 576/2004 Z. z.
2. Nahliadania do mojej zdravotnej dokumentácie, robenia si výpiskov a fotokópií.
3. Preberania výpisov, fotokópií, CD nosičov (RTG/MR/CT nálezov) a inej zdravotnej dokumentácie.

Rozsah plnomocenstva:

☐ V celom rozsahu mojej zdravotnej dokumentácie.

☐ V obmedzenom rozsahu (špecifikujte oddelenie, obdobie alebo diagnózu):

Plnomocenstvo je platné od dňa podpisu do: / ☐ na dobu neurčitú.

V Skalici, dňa:
.....
podpis splnomocniteľa

(Podpis splnomocniteľa musí byť úradne osvedčený – notár / matrika)

Informácia o spracúvaní osobných údajov:

Osobné údaje dotknutej osoby sú spracúvané na účel plnomocenstva pre potreby sprístupnenie údajov zo zdravotnej dokumentácie a vedenia evidencie v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z. v súlade s GDPR. Podrobné informácie o spracúvaní osobných údajov a Vašich právach ako dotknutej osoby (právo na prístup, opravu, výmaz, obmedzenie spracúvania) sú dostupné na webovom sídle nemocnice alebo u zodpovednej osoby (DPO) na e-maile: dpo@agel.sk.