

OŚWIADCZENIE PACJENTA

(proszę wypełniać drukowanymi literami)

Dane Pacjenta

Imię, Nazwisko, PESEL: _____

Adres zamieszkania: _____

Telefon, mail: _____

Dane rodziców, opiekunów prawnych (jeśli Pacjent jest małoletni)

Imię, Nazwisko Matki, PESEL,

Imię, Nazwisko Ojca, PESEL,

Do uzyskiwania informacji o udzielonych świadczeniach oraz do dokumentacji medycznej we wszystkich prawnie dopuszczalnych formach upoważniam*: Nie upoważniam nikogo.

1. do informacji o stanie zdrowia pacjenta; 2. do dokumentacji medycznej; 3. do odbioru recept

Imię, Nazwisko, Data urodzenia/PESEL

Numer telefonu, adres e-mail

1. do informacji o stanie zdrowia pacjenta; 2. do dokumentacji medycznej; 3. do odbioru recept

Imię, Nazwisko, Data urodzenia/PESEL

Numer telefonu, adres e-mail

Data i podpis

Zgodnie z Rozporządzeniem 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), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w niniejszej placówce przez:

Kontakt telefoniczny w celu realizacji wizyty (telefon w sprawie jej potwierdzenia, przesunięcia, odwołania);

Tak Nie

Kontakt sms w celu realizacji wizyty (sms w sprawie jej potwierdzenia, przesunięcia, odwołania);

Tak Nie

Kontakt mailowy w celu przesłania aktualnych promocji w rozumieniu art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczeniu usług drogą elektroniczną.

Tak Nie

Zostałem/-am poinformowany/-a o prawie: dostępu do danych; ich sprostowania, usunięcia; ograniczenia przetwarzania; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania; przenoszenia danych; cofnięcia zgody w dowolnym momencie.

Data i podpis

Proszę wypełnić drugą stronę

Zezwalam na przeprowadzenie badania / udzielenie świadczenia zdrowotnego w niniejszej placówce*

Data i podpis

* Upoważnienie jest ważne we wszystkich poradniach Administratora danych.

** Zgoda na przeprowadzenie badania / udzielenie świadczenia jest ważna do momentu jej odwołania (na podstawie art. 14 ust. 2 pkt 3 oraz art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2016.186 tj. z dnia 2016.02.16)).

Informacje na temat przetwarzania danych w niniejszym formularzu

Państwa dane osobowe, podane na niniejszym formularzu, będą przetwarzane przez Administratora danych w celu:

- realizacji praw pacjenta (przechowywania dokumentacji medycznej, jej udostępniania, jak również realizacji obowiązku informacyjnego) — na podstawie obowiązujących przepisów prawnych;
- kontaktu telefonicznego w celu realizacji wizyty (telefon w sprawie jej potwierdzenia, przesunięcia, odwołania) — w przypadku, gdy wyrażą Państwo na to zgodę.
- kontaktu sms w celu realizacji wizyty (telefon w sprawie jej* potwierdzenia, przesunięcia, odwołania) — w przypadku, gdy wyrażą Państwo na to zgodę.
- kontaktu mailowego w celu przesłania aktualnych promocji w rozumieniu art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczeniu usług drogą elektroniczną — w przypadku, gdy wyrażą Państwo na to zgodę.

Odbiorcami przetwarzanych przez nas danych są: podmioty uprawnione do wglądu w dokumentację medyczną na podstawie ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta. W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych nie przekazujemy ich do Państwa trzeciego.

Dane osobowe podawane obowiązkowo (zgodnie z § 8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r., w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2015.2069))

- Imię i nazwisko pacjenta
- PESEL pacjenta
- Adres zamieszkania
- Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego
- Numer telefonu osoby upoważnionej
- Adres e-mail osoby upoważnionej

Dane osobowe podawane dobrowolnie:

- Pesel przedstawiciela ustawowego
- Numer telefonu ● Adres e-mail

Brak podania w trakcie rejestracji lub na etapie późniejszym danych osobowych dobrowolnych (telefon, e-mail) uniemożliwi Państwu skorzystanie z prawa do uzyskania dokumentacji medycznej w formie elektronicznej ze względu na brak możliwości weryfikacji Państwa tożsamości.

W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych przysługuje Państwu prawo do:

- dostępu do danych; ● sprostowania danych; ● usunięcia danych — w zakresie przewidzianym w obowiązujących przepisach prawnych; ● ograniczenia przetwarzania — w zakresie przewidzianym w obowiązujących przepisach prawnych; ● wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania; ● przenoszenia danych — w zakresie przewidzianym w obowiązujących przepisach prawnych; ● cofnięcia zgody na przetwarzanie danych na podstawie wydanej uprzednio przez państwa zgody bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; ● wniesienia skargi do organu nadzorczego — jeżeli uznają Państwo, że przetwarzanie danych odbywa się w sposób niezgodny z obowiązującymi przepisami.

Dane Inspektora ochrony danych e-mail: inspektor18@op.pl tel.: 41 362 75 85