

OŚWIADCZENIE PACJENTA
(proszę wypełniać drukowanymi literami)

Dane Pacjenta

Imię, Nazwisko, PESEL

Adres zamieszkania, telefon

Dane rodzica, opiekuna prawnego (jeśli Pacjent jest małoletni)

Imię, Nazwisko, PESEL, telefon

Wyrażam zgodę na przesyłanie dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby na wskazany przeze mnie adres e-mail:

(Proszę wypełnić drukowanymi literami. Placówka nie ponosi winy za błędne podanie adresu e-mail)

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

1. upoważnienie do informacji o stanie zdrowia pacjenta; upoważnienie do dokumentacji medycznej

Imię, Nazwisko, Data urodzenia

Numer telefonu, adres e-mail

2. upoważnienie do informacji o stanie zdrowia pacjenta; upoważnienie do dokumentacji medycznej

Imię, Nazwisko, Data urodzenia

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);

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

Wyrażam zgodę na podawanie w poczekalni mojego imienia i nazwiska przez osobę udzielającą świadczeń celem wywołania do gabinetu);

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

Zezwalam na przeprowadzenie badania RTG/USG w niniejszej placówce. Zostałem poinformowany(a) o jego potencjalnych działaniach na mój organizm.* Dotyczy kobiet Oświadczam, że nie jestem w ciąży.

Data i podpis pacjenta w wieku 16-18 lat.

Data i podpis pacjenta (przedstawiciela ustawowego)

* 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 t.j. 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: IOD@cdpm.pl

Tel.: 883 925 879