

**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;  do dokumentacji medycznej;  do odbioru recept;

\_\_\_\_\_  
Imię, Nazwisko, Data urodzenia/PESEL

\_\_\_\_\_  
Numer telefonu, adres e-mail

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

**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 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 § 10 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r., w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U.2020.666)

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

**Dane osobowe podawane dobrowolnie:**

- Pesel przedstawiciela ustawowego
- Numer telefonu

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