

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

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

Imię, Nazwisko, Data urodzenia/PESEL

Numer telefonu, adres e-mail

4. ☐ 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