

OŚWIADCZENIE PACJENTA

(lub jego opiekuna prawnego)



PROSZĘ WYPEŁNIAĆ FORMULARZ **DRUKOWANYMI LITERAMI** I **ZAZNACZYĆ X** W ODPOWIEDNICH KWADRATACH

Dane Pacjenta:

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Numer telefonu do kontaktu z Pacjentem lub opiekunem

Adres e-mail do kontaktu z Pacjentem lub opiekunem

Jeśli Pacjent jest dzieckiem, oświadczenie wypełnia jego opiekun prawny i należy podać dane opiekuna prawnego:

Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego

PESEL rodzica / opiekuna

Imię i nazwisko drugiego rodzica / opiekuna prawnego

PESEL drugiego rodzica / opiekuna

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

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)).

☐ Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia Pacjenta

Upoważniam do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia:

1.

☐ Upoważniam do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia

Imię i nazwisko pierwszej osoby upoważnionej

PESEL

Numer telefonu

2.

☐ Upoważniam do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia

Imię i nazwisko drugiej osoby upoważnionej

PESEL

Numer telefonu

☐ Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania dokumentacji medycznej Pacjenta

Upoważniam do uzyskiwania dokumentacji medycznej we wszystkich prawnie dopuszczalnych formach:

1.

☐ Upoważniam do uzyskiwania dokumentacji medycznej

Imię i nazwisko pierwszej osoby upoważnionej

PESEL

Numer telefonu

2.

☐ Upoważniam do uzyskiwania dokumentacji medycznej

Imię i nazwisko drugiej osoby upoważnionej

PESEL

Numer telefonu

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2015, poz. 2069).

- ☐ Wyrażam zgodę na przesyłanie wyników badań laboratoryjnych na wskazany przeze mnie na stronie 1 niniejszego oświadczenia adres email (do kontaktu z Pacjentem lub opiekunem). Oświadczam, że przy wyrażaniu zgody na przesłanie wyników badań za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej zostałem(am) poinformowany(a) o zagrożeniach przesyłania danych drogą elektroniczną oraz biorę pełną odpowiedzialność za obieg i bezpieczeństwo udostępnionych danych w sieci.

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 na potrzeby:

- ☐ Kontaktu telefonicznego / sms* w celu realizacji wizyty (wiadomość sms w sprawie jej potwierdzenia, przesunięcia, odwołania), a także w celu przesłania kodu eRecepty wraz z ewentualnymi niezbędnymi do realizacji eRecepty informacjami uzupełniającymi

Podanie danych teleadresowych jest dobrowolne, jednakże brak wyrażenia zgody będzie skutkować brakiem możliwości powiadomienia Pacjenta / osoby upoważnionej o krytycznych wynikach badań i/lub przekazania innych istotnych informacji.

INFORMACJA DOT. PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

1. ADMINISTRATOR DANYCH OSOBOWYCH

Nazwa: ALERGO-MED Poradnia Specjalistyczna Romana Borkowska
Adres: ul. Kazury 2B/3, 02-795 Warszawa
Kontakt: recepcja@alergo-med.com

3. CEL PRZETWARZANIA

Rejestracja pacjenta i prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z przepisami obowiązującego prawa oraz przesyłanie wyników badań oraz kontaktu telefonicznego związanego z prowadzonymi badaniami.

5. ODBIORCY DANYCH (lub kategorie odbiorców)

Podmioty, z którymi zawarto umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, w związku z przedmiotem współpracy oraz podmioty uprawnione do pozyskiwania danych na mocy obowiązujących przepisów.

7. PRZYSŁUGUJĄCE PRAWA

- dostępu do danych oraz uzyskania kopii danych;
- do żądania sprostowania danych;
- do żądania ograniczenia przetwarzania;
- cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- do żądania usunięcia danych osobowych oraz bycia zapomnianym;
- niepodlegania zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji;
- w tym profilowaniu do złożenia skargi od organu nadzorczego (Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych)

2. INSPEKTOR OCHRONY DANYCH

Imię i nazwisko: Dawid Nogaj
Kontakt: iod@alergo-med.com

4. PODSTAWY PRAWNE PRZETWARZANIA

Przesłanka RODO: art. 6 ust. 1 lit. a – zgoda osoby, której dane dotyczą
Przesłanka RODO: art. 6 ust. 1 lit. c, art. 9 ust. 2 lit. h:
Podstawa prawna: ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

6. OKRES PRZECCHOWYWANIA (KRYTERIUM USTALENIA OKRESU)

Dokumentacja pacjenta przechowywana jest przez okres 20 lat, a przypadku danych przetwarzanych na podstawie zgody, do momentu jej wycofania lub wyczerpania celu w jakim dane zostały zebrane.

8. TRANSFER DO PAŃSTW SPOZA EOG I ORGANIZACJI MIĘDZYNARODOWYCH

Dane nie będą przekazywane do państw spoza EOG ani organizacji międzynarodowych.

9. INFORMACJA, CZY PODANIE DANYCH OSOBOWYCH JEST WYMOGIEM USTAWOWYM LUB UMOWNYM LUB WARUNKIEM ZAWARCIA UMOWY ORAZ CZY OSOBA, KTÓREJ DANE DOTYCZĄ, JEST ZOBOWIĄZANA DO ICH PODANIA I JAKIE SĄ EWENTUALNE KONSEKWENCJE NIEPODANIA DANYCH

Podanie danych osobowych jest obligatoryjne i wynika z obowiązku prawnego, w przypadku danych przetwarzanych na podstawie zgody ich podanie jest dobrowolne, a odmowa ich podania nie pociąga za sobą żadnych skutków negatywnych dla pacjenta.

10. ZAUTOMATYZOWANE PODEJMOWANIE DECYZJI, W TYM PROFILOWANIE

Podane dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji w tym profilowaniu.

* niepotrzebne skreślić