

OŚWIADCZENIE PACJENTA

(proszę wypełniać drukowanymi literami)



Praskie
Centrum
Medyczne

Dane Pacjenta

Imię, Nazwisko: _____

PESEL: _____

Adres zamieszkania: _____

Telefon* _____ Adres mail*: _____

(DRUKOWANYMI literami)

Dane rodziców/ opiekuna prawnego: (jeśli pacjent jest małoletni)

*Imię i Nazwisko Matki; PESEL**

*Imię i Nazwisko Ojca; PESEL**

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 świadczenia medycznego (w sprawie potwierdzenia, przesunięcia lub odwołania)

Tak Nie

Kontakt sms w celu realizacji świadczenia medycznego (przypomnienie terminu, potwierdzenie, przesunięcie lub odwołanie)

Tak Nie

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

Tak Nie

Wywoływanie mnie do gabinetu lekarskiego, pielęgniarskiego po imieniu, imieniu i nazwisku w celu realizacji wizyty

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

Wskazane poniżej osoby UPOWAŻNIAM do:**

Nie upoważniam nikogo

1. do dokumentacji medycznej do odbioru recept do informacji o moim stanie zdrowia

Imię i Nazwisko

Data urodzenia

Telefon kontaktowy

2. do dokumentacji medycznej do odbioru recept do informacji o moim stanie zdrowia

Imię i Nazwisko

Data urodzenia

Telefon kontaktowy

Data i podpis

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

Data i podpis

* Dane osobowe podawane dobrowolnie

** Upoważnienie jest ważne we wszystkich poradniach Administratora danych

*** Zgoda na przeprowadzenie badania / udzielenie świadczenia zdrowotnego 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 (przypomnienia terminu wizyty, jej potwierdzenia, przesunięcia, odwołania) – **w przypadku, gdy wyrażą Państwo na to zgodę.**
- kontaktu mailowego w celu przesłania aktualnych promocji w porozumieniu 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 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 m.in. 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