

OŚWIADCZENIE PACJENTA

(proszę wypełniać drukowanymi literami)

Dane Pacjenta (SPORTOWCA)

Imię, Nazwisko: _____

PESEL: _____

Adres zamieszkania: _____

Telefon _____ Adres mail: _____

(DRUKOWANYMI literami)

Dyscyplina sportu: _____

Nazwa szkoły sportowej lub klubu sportowego: _____

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 na:

Kontakt **telefoniczny** w celu realizacji świadczenia medycznego (w sprawie potwierdzenia, przesunięcia lub odwołania

Tak Nie

Kontakt **sms** w celu realizacji świadczenia medycznego (w sprawie potwierdzenia, przesunięcia lub odwołania)

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

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

Ja niżej podpisany upoważniam wskazane poniżej osoby do:

Nie upoważniam nikogo.

Imię i Nazwisko: _____

Imię i Nazwisko: _____

Data urodzenia: _____

Data urodzenia: _____

Telefon kontaktowy: _____

Telefon kontaktowy: _____

Proszę zaznaczyć wybrane:

- pobierania kopii dokumentacji medycznej
- odbioru wyników badań oraz recept
- do zasięgnięcia informacji o moim stanie zdrowia

Proszę zaznaczyć wybrane:

- pobierania kopii dokumentacji medycznej
- odbioru wyników badań oraz recept
- do zasięgnięcia informacji o moim stanie zdrowia

Data i podpis

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

Data i podpis

ANKIETA SPORTOWO-LEKARSKA

WYSTĘPUJĄCE CHOROBY

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| • Wady lub choroby wrodzone | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| • Choroby przewlekłe (jakie:.....) | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| • Zasłabnięcia, utraty przytomności | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| • Drgawki | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| • Napady duszności | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| • Wada wzroku | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| • Przebyte urazy (jakie:.....) | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| • Leczenie operacyjne | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| • Leczenie szpitalne | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| • Stała opieka specjalistyczna, | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| • podawane leki (jakie:.....) | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| • Inne schorzenia (jakie:.....) | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |

RODZINA (rodzice, rodzeństwo)

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| • Choroby dziedziczne (jakie:.....) | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| • Choroby serca | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| • Nagły zgon | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |

Data i podpis

* 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 przesyłania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby na wskazany adres mail: **w przypadku, gdy wyrażą Państwo na to zgodę**
- kontaktu mailowego w celu przesyłania 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 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