

Starachowice, dnia / / 202....

Oświadczenie pacjenta

Ja niżej podpisany

zam. w

przy ul.,

..... -

leg. się

wyd. przez

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na badania diagnostyczne oraz udzielenie świadczenia zdrowotnego w poradniach NZOZ ESKULAP. Powyższa zgoda 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 Rzeczniki Praw Pacjenta z późniejszymi zmianami.

.....
czytelny podpis pacjenta

2. Na podstawie par. 8.1 , pkt 1) i 2) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania z późniejszymi zmianami

A. do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia, udzielonych świadczeniach zdrowotnych upoważniam:

...../...../.....
/imię i nazwisko/ /data urodzenia/

/dane kontaktowe/

Oświadczam, że jestem upoważniony do powierzenia powyższych danych w celu realizacji pkt. 2

.....
czytelny podpis pacjenta

B. do dokumentacji medycznej upoważniam:

...../...../.....
/imię i nazwisko/ /data urodzenia/

/dane kontaktowe/

Oświadczam, że jestem upoważniony do powierzenia powyższych danych w celu realizacji pkt.2

.....
czytelny podpis pacjenta

C. Nie upoważniam żadnej osoby do: uzyskania informacji o moim stanie zdrowia, udzielonych świadczeniach zdrowotnych i dokumentacji medycznej (*)

.....
czytelny podpis pacjenta

3. Zostałem/am poinformowany/na, że na podstawie art. 26 par. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, że po mojej śmierci dokumentacja medyczna będzie udostępniona osobie upoważnionej przeze mnie za mojego życia, lub osobie, która w chwili mojego zgonu będzie moim przedstawicielem ustawowym. Dokumentacja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia, z zastrzeżeniem art 26 ust. 2a i 2b wyżej wymienionej ustawy.

.....
czytelny podpis pacjenta

4. Zostałem poinformowany, że moje dane osobowe przetwarzane są w celu ochrony zdrowia, świadczenia usług medycznych i/lub leczenia oraz możliwości wglądu do swoich danych osobowych i ich poprawienia(**) zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie swobodnego przepływu takich danych ... (RODO)

(*) *niepotrzebne skreślić;*

(**) *nie dotyczy poprawiania danych medycznych zawartych w historii choroby - np. wywiad, rozpoznania;*

(***) *osoba bliska - małżonka, krewnego do drugiego stopnia lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta*

.....
czytelny podpis pacjenta

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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, dalej RODO) niniejszym informujemy, że:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Stowarzyszenie ESKULAP, KRS: 0000165746, NIP: 664 197 48 97, REGON 292825435 zwane dalej: Administratorem
2. Dane kontaktowe Administratora, adres: ul. Murarska 14, 27-200 Starachowice, adres e-mail: eskulap.starachowice@wp.pl, tel. 41 274 57 70 lub 41 275 42 35
3. Został powołany Inspektor Ochrony Danych, z którym skontaktować się można pod adresem e-mail: iod.eskulap-starachowice@pl oraz telefonicznie 696 092 823
4. Pani/Pana dane są przetwarzane w celu ochrony zdrowia, udzielenia świadczeń medycznych oraz zarządzania udzielaniem tych usług oraz leczenia.
5. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 9 ust. 2 lit h RODO, tj. w celu realizacji świadczeń zdrowotnych oraz w związku z wykonywaniem działalności leczniczej, zgodnie z ustawą o działalności leczniczej ze szczególnym uwzględnieniem przepisów ustawy o prawach pacjenta oraz Rzeczniku Praw Pacjenta.
6. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe na podstawie przepisów prawa, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości udzielenia świadczenia medycznego.
7. W celu realizacji świadczenia medycznego, Pani/Pana dane osobowe mogą być dalej powierzone podwykonawcy w zakresie świadczenia usług laboratoryjnych, diagnostycznych, z zakresu profilaktyki medycznej oraz w przypadku kontynuowania leczenia innym podmiotom leczniczym.
8. Pani/Pana dane mogą być przekazywane innym podmiotom w celu prawidłowej realizacji celu umowy - firmy prowadzące obsługę organizacyjno - finansowo - księgową, kancelaria prawna prowadząca obsługę prawną Administratora, podmiot świadczący usługi informatyczne. Dodatkowo odbiorcami danych będą instytucje upoważnione z mocy prawa.
9. Administrator nie zamierza przekazywać Pani/Pana danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych.
10. Dane osobowe, zebrane w związku z udzielaniem świadczeń medycznych będą przechowywane przez okres nie dłuższy niż jest to konieczne tj. przez okres wyznaczony określonymi przepisami prawa.
11. Ma Pan / Pani prawo do:
 - a. żądania dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania
 - b. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także do przenoszenia danych
 - c. cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem
 - d. wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
12. Administrator nie dokonuje profilowania Pani/Pana danych osobowych.