

## Oświadczenie pacjenta

Ja niżej podpisany .....

zam. w .....

przy ul. ....

..... - .....

leg. się .....

wyd. przez .....

PESEL

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

Oświadczam, że:

<p>1. <b>Wyrażam zgodę</b> na badanie 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 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z późniejszymi zmianami).</p>	..... czytelny podpis pacjenta
<p>2. Na podstawie par. 8.1 , pkt 1 i 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015r. Nr 2069) - <b>A. do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych upoważniam:</b></p> <p>..... /..... /..... , /imię i nazwisko/ /data urodzenia/</p> <p>/dane kontaktowe/ .....</p> <p><b>B. do dokumentacji medycznej upoważniam:</b></p> <p>..... /..... /..... , /imię i nazwisko/ /data urodzenia/</p> <p>/dane kontaktowe/ .....</p> <p>Oświadczam, że jestem upoważniony do powierzenia powyższych danych w celu realizacji pkt. 2</p>	..... czytelny podpis pacjenta
<p>C. <b>Nie upoważniam żadnej osoby</b> do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia, udzielonych świadczeniach zdrowotnych i dokumentacji.</p>	..... czytelny podpis pacjenta
<p>3. Zostałem poinformowany, że na podstawie art. 26 par. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016r. poz. 186 z późn. zm.), 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.</p>	..... czytelny podpis pacjenta
<p>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 2016r. w sprawie swobodnego przepływu takich danych ... (RODO)</p> <p>(*) nie dotyczy poprawiania danych medycznych zawartych w historii choroby - np. wywiad, rozpoznania</p>	..... czytelny podpis pacjenta

# OBOWIĄZEK INFORMACYJNY

W związku z rozpoczęciem stosowania z dniem 25 maja 2018 r. 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, adres: 27-200 Starachowice, ul. Murarska 14, e-mail: eskulap.starachowice@wp.pl (dalej: Administrator).
2. Wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym skontaktować się można pod adresem e-mail: iod.eskulap.starachowice@gmail.com
3. Pani/Pana dane są przetwarzane w celu ochrony zdrowia, udzielenia świadczeń medycznych oraz zarządzania udzielaniem tych usług oraz leczenia.
4. 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.
5. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe na podstawie przepisów prawa, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości udzielenia świadczenia medycznego.
6. 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 potrzeby kontynuowania leczenia innym podmiotom leczniczym.
7. Pani/Pana dane mogą być przekazywane innym podmiotom w celu prawidłowej realizacji celu umowy - firmy prowadzące obsługę organizacyjno-finansowo-księgowo-kadrową, kancelaria prawna prowadząca obsługę prawną działalności Administratora, podmiot świadczący usługi informatyczne. Dodatkowo odbiorcami danych będą instytucje upoważnione z mocy prawa.
8. Administrator nie zamierza przekazywać Pani/Pana danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych.
9. 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.
10. Ma Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
11. W przypadku uznania, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
12. Administrator nie dokonuje profilowania Pani/Pana danych osobowych.