

Oświadczenie / upoważnienie Pacjenta

Ja, niżej podpisana(y)PESEL:.....
(imię i nazwisko)

oświadczam, że (*niepotrzebne skreślić):

1. Nie upoważniam nikogo/upoważniam niżej wymienione osoby* do **uzyskania informacji** o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych.

..... nr telefonu:.....
(imię i nazwisko)

2. Nie upoważniam nikogo / upoważniam niżej wymienione osoby* do wglądu do mojej dokumentacji medycznej lub jej **odebrania (w tym wyników badań i recept)**.

..... nr telefonu:.....
(imię i nazwisko)

.....
(dzisiejsza data oraz czytelny podpis Pacjenta)

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia 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), informuję, iż:

1. Administratorem Twoich danych osobowych jest NSZOZ ProfMedica ul. Kutrzeby 16/116 61-719 Poznań
2. Inspektor ochrony danych został wyznaczony w NSZOZ ProfMedica. Można się z nim kontaktować telefonicznie pod nr tel: 61 852 66 66, 661 43 43 43 lub mailowo na adres: info@profmedica.pl
3. Podanie przez Ciebie danych osobowych jest obowiązkowe w celu świadczenia usług medycznych (wymóg ustawowy).
4. Źródłem danych osobowych jest osoba korzystająca z naszych usług medycznych.
5. Twoje dane osobowe przetwarzane będą w celu ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych, dokonywania rozliczeń z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej, archiwizowania Twoich danych zgodnie z przepisami prawa, obsługi reklamacji (jeśli wpłyną) oraz zapewnienia bezpieczeństwa osób i mienia (prowadzony monitoring wizyjny placówki). Będziemy również przetwarzać Twoje dane w celu kontaktowania się z Tobą na podany przez Ciebie numer telefonu bądź maila w celu potwierdzenia wizyty lub poinformowania o możliwości odbioru badań. (art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO, jako tzw. prawnie uzasadniony interes administratora, jakim jest opieka około obsługowa nad pacjentem oraz sprawniejsze zarządzanie grafikami).
6. Twoje dane osobowe będą przechowywane przez okres od 5 do 30 lat (zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2001 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (Dz.U.01.88.966)).
7. Twoje dane osobowe będą przekazywane :
 - A) podmiotom przetwarzającym dane w imieniu administratora danych,
 - dostawcom usług zaopatrujących NSZOZ ProfMedica w rozwiązania techniczne lub organizacyjne

(firmy kurierskie, pocztowe oraz osobom upoważnionym przez Ciebie w ramach realizacji Twoich praw pacjenta),

- innym podmiotom leczniczym, współpracującym z NSZOZ ProfMedica w celu zapewnienia ciągłości leczenia oraz dostępności opieki zdrowotnej w postaci placówek współpracujących z naszą placówką na terenie Polski,

B) podmiotom uprawnionym przepisami prawa,

C) podmiotom upoważnionym przez Ciebie.

8. Posiadasz prawo do:

- dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia Twoich danych (tylko w sytuacji jeśli nie będziemy zobligowani przepisami prawa do ich przetwarzania) ograniczenia przetwarzania,
- prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych ze względu na szczególną sytuację – w przypadkach kiedy przetwarzamy Twoje dane na podstawie naszego prawnie uzasadnionego interesu,
- prawo do przenoszenia danych osobowych tj. prawo otrzymania od nas Twoich danych osobowych w formacie informatycznym lub papierowym. Możesz przesłać te dane do innego administratora lub zażądać abyśmy zrobili to za Ciebie (jeśli takie przesłanie jest technicznie możliwe).

Jeśli chcesz skorzystać z któregośkolwiek z tych uprawnień należy skontaktować się z nami lub z naszym inspektorem ochrony danych osobowych (dane kontaktowe patrz punkt 2)

9. Informujemy, że Twoje dane nie są profilowane.

10. Informujemy, że masz prawo wniesienia skargi do GIODO, gdy uznasz, iż przetwarzanie Twoich danych osobowych narusza przepisy Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r.

Oświadczam iż zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej oraz wyrażam zgodę na przesyłanie informacji, dokumentacji medycznej lub wyników badań środkami komunikacji telefonicznej oraz elektronicznej przez NSZOZ ProfMedica.

Numer telefonu:

Adres mailowy:

.....
(dzisiejsza data oraz czytelny podpis Pacjenta)