

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Dane Pacjenta:

Imię, Nazwisko

PESEL.....

Jeśli oświadczenie wypełnia opiekun prawny Pacjenta, należy podać dane (rodzica, opiekuna prawnego):

Imię, Nazwisko.....

PESEL

Zezwalam na przeprowadzenie badania / udzielenie świadczenia zdrowotnego w niniejszej placówce. Zgoda na przeprowadzenie badania / udzielenie świadczenia 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 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2016.186 t.j. z dnia 2016.02.16).

.....
Data i czytelny podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

Do uzyskania informacji o udzielonych świadczeniach oraz do dokumentacji medycznej we wszystkich prawnie dopuszczonych formach upoważniam:

Nie upoważniam nikogo

1. Upoważnienie do informacji o stanie zdrowia pacjenta

Upoważnienie do dokumentacji medycznej

Imię, Nazwisko, PESEL lub data urodzenia, numer telefonu.....

.....

2. Upoważnienie do informacji o stanie zdrowia pacjenta

Upoważnienie do dokumentacji medycznej

Imię, Nazwisko, PESEL lub data urodzenia, numer telefonu.....

.....

.....
Data i czytelny podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

- 1) administratorem danych osobowych Pacjentów jest Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zdrowie” Sp, z o.o. ul. Zawierciańska 14, 32-310 Klucze, NIP: 637-18-80-435, REGON: 357072980-00025;
- 2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@zdrowie-klucze.pl;
- 3) administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h) RODO, tj. w celu zapewnienia opieki zdrowotnej, co wynika z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 4) dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. laboratorium zewnętrznym, kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
- 5) administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 6) mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.
- 7) Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:
 - a. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, tj. z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
 - b. przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
 - c. podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celów. Konsekwencją niepodania danych będzie odmowa udzielenia świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej;
 - d. administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

Zostałam/em poinformowana/y o prawie dostępu do treści ww. danych oraz o prawie do ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....
Data i czytelny podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

.....
Czytelny podpis osoby przyjmującej oświadczenie lub podpis i pieczęć



ДЕКЛАРАЦІЯ ПАЦІЄНТА

Дані пацієнта:

Ім'я прізвище

Номер PESEL

Якщо декларацію заповнює законний опікун пацієнта, надайте такі дані (батьки, законні опікуни):

Ім'я прізвище.....

Номер PESEL

Даю дозвіл на обстеження/надання медичних послуг у цьому закладі. Згода на обстеження/надання послуги діє до моменту її скасування (відповідно до ст. 14 (2) (3) та ст. 26 (1) Закону від 06.11.2008 р. «Про права пацієнта та омбудсмена з прав пацієнта». (Законодавчий журнал № 2016.186, тобто від 2016.02.16).

.....
Дата та розбірливий підпис пацієнта або законного опікуна

Для отримання інформації про надані послуги та отримання медичної документації у всіх дозволених законом формах я дозволяю:

Я нікого не уповноважую

1. Дозвіл на інформування про стан здоров'я пацієнта

Дозвіл на медичну документацію

Ім'я, прізвище, номер PESEL або дата народження, номер телефону

2. Дозвіл на інформування про стан здоров'я пацієнта

Дозвіл на медичну документацію

Ім'я, прізвище, номер PESEL або дата народження, номер телефону

.....
Дата та розбірливий підпис пацієнта або законного опікуна

ІНФОРМАЦІЙНЕ ПОЛОЖЕННЯ

Відповідно до ст. 13 сек. 1 Загального регламенту про захист даних (GDPR), ми хотіли б повідомити вам, що:

1) адміністратором персональних даних Пацієнтів є Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Zdrowie" Sp, z o.o. вул. Zawierciańska 14, 32-310 Klucze,

NIP: 637-18-80-435, REGON: 357072980-00025;

2) адміністратор призначив Уповноваженого із захисту даних, з яким ви можете зв'язатися щодо обробки ваших персональних даних за допомогою електронної пошти: iod@zdrowie-klucze.pl;

3) адміністратор оброблятиме ваші персональні дані відповідно до ст. 9 сек. 2 літ. h) GDPR, тобто надавати медичну допомогу, як це передбачено Законом від 6 листопада 2008 року про права пацієнтів та омбудсмена з прав пацієнтів та Законом від 15 квітня 2011 року про медичну діяльність;

4) персональні дані можуть бути доступні іншим уповноваженим особам на підставі законодавчих положень, а також суб'єктам, з якими адміністратор уклав договір на обробку даних у зв'язку з наданням послуг адміністратору (наприклад, зовнішня лабораторія, юридична фірма, постачальник програмного забезпечення, зовнішній аудитор, підрядник, що надає послугу у сфері захисту персональних даних);

5) контролер не має наміру передавати ваші персональні дані третій країні чи міжнародній організації;

6) ви маєте право отримати копію ваших персональних даних у адміністратора.

7) Крім того, відповідно до ст. 13 сек. 2 GDPR, повідомляємо, що:

- Ваші персональні дані будуть зберігатися протягом періоду, що впливає з положень законодавства, тобто ст. 29 Закону від 6 листопада 2008 р. «Про права пацієнта та омбудсмена з прав пацієнта»;
- ви маєте право на доступ до своїх даних, виправлення їх або обмеження обробки, а також право подати скаргу до контролюючого органу;
- надання персональних даних є добровільним, але необхідним для реалізації вищезазначеного цілі. Наслідком ненадання даних буде відмова у наданні медичних послуг;
- адміністратор не приймає рішень в автоматизований спосіб на основі ваших персональних даних.

Мене повідомили про право доступу до вмісту вищезазначеного дані та право їх виправляти, оновлювати, доповнювати та видаляти.

.....
Дата та розбірливий підпис пацієнта або законного опікуна

.....
Розбірливий підпис особи, яка приймає декларацію, або підпис і печатка