

Dane pacjenta:

Imię i NazwiskoPESEL.....
Adres e-mail....., tel.

OŚWIADCZENIE o upoważnieniu dotyczącym udostępniania dokumentacji medycznej oraz do odbioru recept / zleceń na wyroby medyczne* wystawionych w ramach realizacji prawa do świadczeń, niniejszym oświadczam, że :

- Nie upoważniam nikogo
 Upoważniam poniższą osobę/osoby w celu udostępnienia mojej dokumentacji medycznej

Imię i Nazwisko osoby upoważnionej

adres zamieszkania, tel kontaktowy.....

Imię i Nazwisko osoby upoważnionej

adres zamieszkania, tel kontaktowy.....

Oświadczenie powyższe dołącza się do mojej dokumentacji indywidualnej/wewnętrznej.

Podstawa prawna :

- 1) Przepisy ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz. U. z 2017 r., poz.1318, 1524):
- art. 26 ust. 1 „Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępni dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.”
- art. 26 ust. 2 „Po śmierci pacjenta, prawo do wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym
2) § 8 pkt. 1 i 2 Rozporządzenia Ministra zdrowia z dnia 8 grudnia 2015 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Z 2015 r., poz. 2069), który stanowi, że w dokumentacji medycznej indywidualnej wewnętrznej zamieszcza się lub dołącza do niej oświadczenie pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia.
3) art. 42 ust. 3 i 4 pkt 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn.: Dz. U. z 2018 r. poz. 617,650,697).

ZGODA na przetwarzanie danych osobowych w celu świadczenia usług medycznych oraz przesyłania informacji o ofercie CM LECZY-MED.

Ja niżej podpisany wyrażam zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. (dalej zwanym RODO) wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez **CENTRUM MEDYCZNE LECZYMED** w celu korzystania z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dotyczących:

wizyt lekarskich: Wyrażam zgodę Nie wyrażam zgody

wyników badań diagnostycznych: Wyrażam zgodę Nie wyrażam zgody

Zgodnie z art. 10 ust. 2 ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną oraz zgodnie z art. 172 ust. 1 ustawy z 16 lipca 2004 r. Prawo telekomunikacyjne wyrażam wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez **CENTRUM MEDYCZNE LECZY-MED** w celu otrzymywania informacji marketingowych przez Centrum Medyczne LECZYMED za pośrednictwem:

telefonii komórkowej: Wyrażam zgodę Nie wyrażam zgody

poczty elektronicznej: Wyrażam zgodę Nie wyrażam zgody

Oświadczam, że zostałam poinformowana, iż przysługuje mi prawo do dostępu do moich danych osobowych oraz ich poprawiania, wniesienia pisemnego umotywowanego żądania zaprzestania przetwarzania moich danych, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz że mam prawo w dowolnym momencie wycofać zgodę, a wycofanie zgody nie wpłynie na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Zostałem również poinformowany o tym, że dane zbierane przez **CENTRUM MEDYCZNE LECZY-MED** nie będą udostępniane innym podmiotom.

Ząbki, dnia

.....

Czytelny podpis pacjenta

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) informujemy, iż:

Administrator Pana/i Danych Osobowych

Administratorem danych osobowych jest: **CENTRUM MEDYCZNE LECZY-MED MAŁGORZATA ŁĘCZYCKA**

Inspektor Ochrony Danych

Inspektor Ochrony Danych to osoba, z którą możesz się skontaktować w sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z Twoich praw związanych z przetwarzaniem danych.

Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych:

ANNA WALOSIŃSKA

DPAG Sp. z o.o.

ul. Biedronki 68, 02-959 Warszawa

664-982-600, ojom@dpag.pl

Podstawy prawne i cel przetwarzania danych osobowych:

ochrona stanu zdrowia, świadczenie usług medycznych, leczenie przez osoby trudniące się zawodowo leczeniem lub świadczeniem innych usług medycznych, zarządzanie udzielaniem usług medycznych w **CENTRUM MEDYCZNE LECZY-MED MAŁGORZATA ŁĘCZYCKA**

Podstawa prawna przetwarzania danych wynika w szczególności z:

Art. 6 ust. 1 ppkt. c-d ogólnego rozporządzenia o ochronie danych

- Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
- Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty
- Ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej
- Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
- Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

Odbiorca Pana/i danych osobowych

Odbiorcą Pan/i danych osobowych będą wyłącznie podmioty posiadające upoważnienie do pozyskiwania danych osobowych na podstawie przepisów prawa powszechnie obowiązującego.

Państwa prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych

Posiada Pan/i prawo do:

- uzyskania dostępu do swoich danych,
- zażądania sprostowania swoich danych osobowych,
- przenoszenia swoich danych (o ile w danym przypadku przysługuje),
- wniesienia skargi do organu nadzorczego,
- wniesienia sprzeciwu,
- cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzania odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Wnioski w sprawie realizacji Pan/i praw dotyczących danych osobowych można złożyć:

- osobiście w siedzibie Administratora Danych Osobowych,
- listownie na adres naszej placówki.

Wniesienie skargi do organu nadzorczego

Ma Pan/i prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku przekonania, że Pana/i dane osobowe zostały naruszone. Wniesienie skargi przysługuje Pan/i od każdej czynności wykonanej przez Administratora Danych Osobowych, w związku z przetwarzaniem danych osobowych. Organem nadzorczym w Polsce jest to Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Ząbki, dnia

.....

Czytelny podpis pacjenta