

**OŚWIADCZENIE - ZGODA PACJENTA NA PRZYJĘCIE DO
PRZYCHODNI ZDROWIE PIASECZNA PRZY UL ALEJA KALIN 55**

Imię i nazwisko pacjenta	PESEL
Adres zamieszkania:	Tel. Kontaktowy
Adres korespondencyjny (jeżeli inny niż adres zamieszkania)	Adres e-mail

Upoważniam do otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych:

1. Panią/Panapesel/data ur.....

zamieszkałą/ego w ul. nr, tel.

2. Panią/Panapesel/data ur.....

zamieszkałą/ego w ul. nr tel.

Nie upoważniam nikogo do otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

.....
*podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego**

Upoważniam do uzyskania dostępu do mojej dokumentacji medycznej, odbioru recept, wyników badań, skierowań:

1. Panią/Panapesel/data ur.....

zamieszkałą/ego w ul. nr, tel.

2. Panią/Panapesel/data ur.....

zamieszkałą/ego w ul. nr, tel.

Nie upoważniam nikogo do uzyskania dostępu do mojej dokumentacji medycznej.

.....
*podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego**

Wyrażam zgodę na badanie fizykalne oraz diagnostykę i leczenie w Przychodni Zdrowie Piaseczna

.....
podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego*

Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji o ewentualnej zmianie terminu wizyty oraz innych informacji związanych z udzieleniem Pacjentowi świadczeń zdrowotnych w Przychodni Zdrowie Piaseczna, drogą:

- telefoniczną, w tym za pośrednictwem sms pod nr telefonu :.....

- mailową pod adresem :.....

przy czym zgoda nie obejmuje zezwoleń na kontakt w celach reklamowych i marketingowych

.....
podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego*

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 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 (RODO) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Przychodnia Zdrowie Piaseczna** (05-500) z siedzibą w Piasecznie przy ul. AL. Kalin 55 tel.: **+48 22 750 11 77** , e-mail: zdrowie@zdrowiepiaseczna.pl.

2. Wszelkie informacje i wątpliwości dotyczące przetwarzania Pani/Pana danych przez Administratora można kierować do Inspektora Ochrony Danych pisemnie na adres administratora lub mailowo na adres: zdrowie@zdrowiepiaseczna.pl

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu ochrony zdrowia, udzielania świadczeń zdrowotnych oraz prowadzenia dokumentacji medycznej. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w takim przypadku jest art. 9 ust. 2 lit. h) RODO w związku z przepisami ustawy o działalności leczniczej oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być podmioty przetwarzające dane osobowe na zlecenie Administratora lub inne podmioty, których udział w realizacji celów, o których mowa w pkt 3 jest niezbędne, a także podmioty uprawnione na podstawie obowiązujących przepisów.

5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów, o których mowa w pkt 3 oraz przez okres przechowywania dokumentacji medycznej wymagany przepisami powszechnie obowiązującego prawa.

6. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich sprostowania i usunięcia, nie przysługuje Pani/Panu prawo do ich: ograniczenia przetwarzania, przenoszenia oraz wniesienia sprzeciwu. Jeżeli przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie Pani/Pana zgody, ma Pani/Pan prawo cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

7. Jeśli uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana narusza przepisy RODO, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych w celu, o którym mowa w pkt 3 jest wymogiem ustawowym.

W razie niepodania danych osobowych możliwa jest odmowa realizacji świadczenia zdrowotnego lub konieczne będzie wezwanie służb uprawnionych do ustalenia tożsamości Pani/Pana.

9. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

10. Ma Pani/Pan prawo do zmiany osoby/ osób upoważnionej/-ych powyżej.

.....
podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego*

U W A G A ! Wypełnić tylko w przypadku cofnięcia nadanych upoważnień !

Cofam wskazane powyżej upoważnienie/a z dniem **

.....
podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego*

- wstaw znak „X” we właściwym miejscu

* niepotrzebne skreślić

** W przypadku cofnięcia wskazanych upoważnień niniejsze oświadczenie traci ważności i pacjent wypełnia nowe oświadczenia zgodnie ze swoją wolą.