

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

Imię i nazwisko pacjenta	PESEL
Adres zamieszkania:	Tel. kontaktowy
Dane przedstawiciela Pacjenta-składającego oświadczenie i zgody	Adres zamieszkania /tel. kontaktowy Pacjenta Tel. kontaktowy

Oświadczenie o prawach do decydowania w sprawach małoletniego pacjenta:

Celem ustalenia prawa do reprezentowania Pacjenta w sprawach związanych z decydowaniem o udzielaniu świadczeń zdrowotnych w tym m.in. wykonywaniem zleconych badań diagnostycznych, rehabilitacyjnych, leczniczych i pielęgnacyjnych, **oświadczam że:** (należy zaznaczyć właściwe)

1. oboje Rodziców posiadają pełnię władzy rodzicielskiej
2. matka ma ograniczoną władzę rodzicielską
3. matka jest pozbawiona władzy rodzicielskiej
4. ojciec ma ograniczoną władzę rodzicielską
5. ojciec jest pozbawiony władzy rodzicielskiej
6. inne osoby posiadają prawo reprezentowania Pacjenta (proszę wskazać osobę i podać podstawę umocowania):

.....

*podpis przedstawiciela ustawowego**

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

1. Panią/Panapesel/data ur.....
 zamieszkałą/ego wul. nr, tel.
2. Panią/Panapesel/data ur.....
 zamieszkałą/ego w ul. nr tel.

Nie upoważniam nikogo do otrzymywania informacji stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych mojego dziecka.

.....
*podpis przedstawiciela ustawowego**

Upoważniam do uzyskania dostępu do dokumentacji medycznej, do obioru 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 dokumentacji medycznej, do odbioru recept wyników badań, skierowań.

.....
*podpis przedstawiciela ustawowego**

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

.....
*podpis 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 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 niezbędny, 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 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.