



Kompleksowa opieka medyczna
Rehabilitacja
Diagnostyka
Profilaktyka

**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

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 w ul. 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**



Kompleksowa opieka medyczna
Rehabilitacja
Diagnostyka
Profilaktyka

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*

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.

Szanowny Pacjencie!

Zgodnie z Art. 13 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, że:

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 ,
Wszelkie informacje i wątpliwości dotyczące przetwarzania Państwa danych przez Administratora można kierować na adres administratora lub mailowo na adres: zdrowie@zdrowiepiaseczna.pl

Celem przetwarzania danych jest:

Świadczenie usług medycznych, leczenie pacjentów i zarządzanie udzielaniem usług medycznych.

Podstawy prawne przetwarzania:

- Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r.;
- Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r.
- Ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia z dnia 28 kwietnia 2011 r.
- Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004r.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania

Zebrane dane będą przechowywane w terminie:

zgodnym z obowiązującymi przepisami:
-Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. ;
-Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 października 2017 r. w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne

Posiada Pani/Pan prawo do:

dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania,
wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych, w przypadku naruszenia przepisów dotyczących ochrony danych osobowych.

Informujemy, że:

Dane osobowe mogą być przetwarzane przez stosowane przez Administratora oprogramowania a także gdy obowiązek taki wynika z powszechnie obowiązujących przepisów prawa.
Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest obowiązkowe na podstawie przepisów prawa, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie nie udzielenie świadczenia zdrowotnego.
Administrator nie przekazuje ani nie zamierza przekazywać danych do państw trzecich oraz organizacji międzynarodowych.
Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

Przyjmuję do wiadomości

.....
(czytelnie imię i nazwisko pacjenta/przedstawiciela ustawowego*)

.....
(data i podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego*)

.....
(czytelnie imię i nazwisko nieletniego pomiędzy 16-18 r.ż.)

.....
(data i podpis nieletniego pomiędzy 16-18 r.ż.)