

**INFORMACJA DT PRZEWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH
ZGODA NA LECZENIE, UPOWAŻNIENIE DO INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Ja, ...	PESEL: ...
legitymujący/a się DO / Paszport Nr ...	
Uprawnienia dodatkowe : ...	Legitymacja Nr ...
zamieszkanie ...	
Telefon: ...	E-mail ...

Potwierdzenie zgodności danych przez pracownika rejestracji

niniejszym oświadczam, że :

1. Poinformowano mnie i udostępniono informację dt zasad przetwarzania danych osobowych. Pełna i aktualizowana informacja jest dostępna na stronie www.nzozppl.pl
2. Wyrażam zgodę na realizację świadczeń zdrowotnych i proponowane mi leczenie w ramach regulaminowych zadań podmiotu leczniczego Prywatna Przychodnia Lekarska Barbara Frysz - Domańska i Henryk Domański sp.j. z siedzibą w Chełmie Śląskim przy ul. Imielińskiej 189, **zobowiązuję się do przekazania pełnej informacji o moim stanie zdrowia i okoliczności mogących mieć wpływ na mój stan zdrowia.**
3. Poinformowano mnie o prawie udzielenia i wycofania upoważnienia wskazanej osoby do otrzymania informacji o stanie mojego zdrowia, zakresie udzielonych świadczeń zdrowotnych, odbierania dokumentacji medycznej i wyników badań dodatkowych za mojego życia i po mojej śmierci.
4. Poinformowano mnie o prawie do Wycofania zgodny i/lub upoważnienia i jestem świadomy, że ma skutek prawny gdy wystąpi jedynie w formie pisemnego, ponownego złożenia niniejszego dokumentu z wprowadzeniem zmian lub wpisaniu w pozycji UWAGI i potwierdzeniu podpisem. Dane do kontaktu i korespondencji: Prywatna Przychodnia Lekarska sp. j. 41-403 Chełm Śląski ul. Imielińska 189 Tel. +48322255879 E-mail: nzozppl@gmail.com
5. Zgoda na kontakt teleinformatyczny

Zgadzam się na

- A. otrzymywanie drogą elektroniczną związanych z wynikami badań : on-line lub na adres poczty elektronicznej w formie dokumentu zabezpieczonego (kod dostępu zostanie jednorazowo uzgodniony w dniu realizacji badania).
- B. otrzymywania drogą teleinformatyczną (SMS/ e-mail) powiadomień o terminach świadczeń medycznych.
- C. otrzymywanie informacji związanych z programami badań profilaktycznych i akcjami badań profilaktycznych oraz promujących działania prozdrowotne.
- D. przesyłanie w/w informacji na kontakt opiekuna prawnego lub osoby upoważnionej
- E. otrzymywania drogą teleinformatyczną (SMS/ e-mail) w sprawach związanych z organizacją świadczeń medycznych, opinii i satysfakcji

Dokument sporządzono w jednym egzemplarzu , po utrwaleniu w zasobach informatycznych podmiotu przekazano pacjentowi

Chełm Śląski dn **Podpis czytelny i data**

Potwierdzam dobrowolność i zgodność danych osobowych na podstawie okazanych dokumentów tożsamości.
Dokument sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, utrwalono na nośniku elektronicznym i stanowi część indywidualnej dokumentacji medycznej

Podpis osoby odbierającej

INFORMACJA DT PRZEWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH
ZGODA NA LECZENIE, UPOWAŻNIENIE DO INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

STRONA 1/3

Pacjent

INFORMACJA DT PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Przyjmuję informację, że przetwarzanie moich danych osobowych przez podmiot leczniczy :

Prywatna Przychodnia Lekarska Barbara Frysz-Domańska i Henryk Domański sp.j. z siedzibą w Chełmie Śląskim przy ul. Imielińskiej 189, ma na celu świadczenia usług zdrowotnych, badań diagnostycznych i sprawowania nadzoru w zakresie profilaktyki medycznej. Podanie danych jest dobrowolne, jednak konieczne dla realizacji świadczeń zdrowotnych. Odbiorcami danych mogą być podmioty, które w ramach podwykonawstwa realizują : świadczenia medyczne lecznicze lub diagnostyczne; podmioty sprawujące nadzór epidemiologiczny ; urzędy publiczne m.in. zakład ubezpieczeń społecznych; podmioty zajmujące się obsługą teleinformatyczną.

Mam prawo wycofania zgody w dowolnym momencie, jednak z uwzględnieniem nadrzędnych przepisów prawa. Dane osobowe będą przetwarzane do ewentualnego odwołania zgody, a po takim odwołaniu, przez okres przedawnienia roszczeń przysługujących administratorowi danych i w stosunku do niego (bezpośrednio wynikających z regulacji prawnych dotyczących dokumentacji medycznej)

Mam prawo żądania od administratora dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania - jeśli prawnie przysługuje, a także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego. W przypadku pytań dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z Administratorem Danych Osobowych, którego reprezentuje właściciel podmiotu. Szczegółowa informacja dostępna jest udostępniona w lokalizacji oraz na stronie internetowej www.nzozppl.pl

PODSTAWA PRAWNA :

Rozporządzenie 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). Jest to akt prawny przyjęty przez Unię Europejską regulujący zasady ochrony danych osobowych – zastępuje dyrektywę 95/46/WE z 1995 r.

Dz.U. 2020 poz. 666: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania

Potwierdzenie

UPOWAŻNIENIE
DO INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Poinformowano mnie o prawie udzielenia i wycofania upoważnienia wskazanej osoby do otrzymania informacji o stanie mojego zdrowia, zakresie udzielonych świadczeń zdrowotnych, odbierania dokumentacji medycznej i wyników badań dodatkowych za mojego życia i po mojej śmierci. Upoważniam do informacji o stanie mojego zdrowia , dostępu i odbioru dokumentacji medycznej i wyników badań za mojego życia i po mojej śmierci. Załączam pisemne oświadczenie potwierdzenie i zgodę na przekazanie jej danych osobowych wg obowiązującego wzoru. W przypadku braku możliwości spełnienia warunku nie wskazuję nikogo jako osobę upoważnioną:

1.

..... ,,

IMIĘ NAZWISKO

PESEL

NR TELEFONU

2.

..... ,,

IMIĘ NAZWISKO

PESEL

NR TELEFONU

Wycofanie zgodny i/lub upoważnienia ma skutek prawny jedynie w formie pisemnej poprzez ponowne złożenie niniejszego dokumentu z wprowadzeniem zmian lub wpisaniu w pozycji UWAGI i potwierdzeniu podpisem. Dane do korespondencji dostępne są w stopce niniejszego dokumentu. Prywatna Przychodnia Lekarska sp.j. 41-403 Chełm Śląski ul. Imielińska 189 Tel. +48322255879 E-mail: nzozppl@gmail.com Aktualizacje dostępne : www.nzozppl.pl

Chełm Śląski dn **Data i Podpis czytelny**

**INFORMACJA DT PRZEWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH
ZGODA NA LECZENIE, UPOWAŻNIENIE DO INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

STRONA 2/3

Pacjent

WSTĘPNY WYWIAD EPIDEMIOLOGICZY CELEM OCENY STANU ZDROWIA

CHOROBY PRZEWLEKŁE

CH. WRODZONE <input type="checkbox"/>	CH. NOWOTWOROWE <input type="checkbox"/>	CH. SERCOWO-NACZYNIOWE <input type="checkbox"/>
CH. GASTROLOGICZNE <input type="checkbox"/>	CH. DRÓG ODDECHOWYCH <input type="checkbox"/>	CH. NEREK I DR. MOCZOWYCH <input type="checkbox"/>
CH. METABILICZNE (DM) <input type="checkbox"/>	CH. ALEGRICZNE <input type="checkbox"/>	CH. HEMATOLOGICZNE <input type="checkbox"/>
CH. NEUROLOGICZNE <input type="checkbox"/>	CH. STAWÓW I KRĘGOSŁUPA <input type="checkbox"/>	INNE <input type="checkbox"/>

UZUPEŁNIENIE :

.....

OPERACJE (PIRSING?)

.....

DIAGNOSTYKA (okres ostatnich trzech lat)

GASTROSKOPIA ROK KOLONOSKOPIA ROK

TOMOGRAFIA

REZONAS MAGNETYCZNY

HOSPITALIZACJE (okres ostatnich trzech lat)

.....

UŻYWKI

NIKOTYNIZM: PAPIEROSY E-PAPIEROS FAJKA

ALKOHOL NARKOTYKI/DOPALACZE LEKI PSYCHOTROPOWE/NASENNE

INNE

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

AKTYWNOŚĆ SPORTOWO-REKREACYJNA

Chełm Śląski dn **Data i Podpis czytelnym**

UWAGI PRACOWNIKA MEDYCZNEGO :

**INFORMACJA DT PRZEWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH
ZGODA NA LECZENIE, UPOWAŻNIENIE DO INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

STRONA 3/3