

Tomasz Maicki Aktywna- Fizjoterapia
Nr księgi rejestrowej 000000201893
ul.Przegorzalska 23,30-252 Kraków
Kod świad.: 061/300439
REGON:366872216 NIP:6772227439
Zespół Rehabilitacji Domowej
Kod Res. Cz. V: 01 Cz. VII:001 Cz. VIII:2146

OŚWIADCZENIE PACJENTA NR 2

Dane Pacjenta

Imię, Nazwisko, PESEL, telefon

*Dane przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, opiekuna faktycznego**

Imię, Nazwisko, PESEL, telefon

***opiekun faktyczny** wg definicji zawartej w art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417, z późn. zm.), to osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga.

Wyrażam zgodę na przesyłanie dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby na wskazany przeze mnie adres e-mail:

(Proszę wypełnić drukowanymi literami. Placówka nie ponosi winy za błędne podanie adresu e-mail)

Do uzyskiwania informacji o udzielonych świadczeniach oraz do dokumentacji medycznej we wszystkich prawnie dopuszczalnych formach upoważniam*: Nie upoważniam nikogo.

1. upoważnienie do informacji o stanie zdrowia pacjenta i udzielonych świadczeniach ; upoważnienie do dokumentacji medycznej

Imię, Nazwisko, Pesel

Numer telefonu, adres email (opcjonalnie)

Data i podpis

Zgodnie z Rozporządzeniem 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), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w niniejszej placówce przez:

Kontakt telefoniczny w celu realizacji wizyty (telefon w sprawie jej potwierdzenia, przesunięcia, odwołania);

Kontakt sms w celu realizacji wizyty (telefon w sprawie jej potwierdzenia, przesunięcia, odwołania);

Zostałem/-am poinformowany/-a o prawie: dostępu do danych; ich sprostowania, usunięcia; ograniczenia przetwarzania; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania; przenoszenia danych; cofnięcia zgody w dowolnym momencie.

Data i podpis

Informacje na temat przetwarzania danych w niniejszym formularzu
Państwa dane osobowe, podane na niniejszym formularzu, będą przetwarzane przez Administratora danych w celu:

- *realizacji praw pacjenta (przechowywania dokumentacji medycznej, jej udostępniania, jak również realizacji obowiązku informacyjnego) – na podstawie obowiązujących przepisów prawnych;*
- *kontaktu telefonicznego w celu realizacji wizyty (telefon w sprawie jej potwierdzenia, przesunięcia, odwołania) – w przypadku, gdy wyrażą Państwo na to zgodę.*
- *kontaktu sms w celu realizacji wizyty (telefon w sprawie jej potwierdzenia, przesunięcia, odwołania) – w przypadku, gdy wyrażą Państwo na to zgodę.*
- *kontaktu mailowego w celu przesłania aktualnych promocji w rozumieniu art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczeniu usług drogą elektroniczną – w przypadku, gdy wyrażą Państwo na to zgodę.*

Odbiorcami przetwarzanych przez nas danych są: podmioty uprawnione do wglądu w dokumentację medyczną na podstawie ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta. W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych nie przekazujemy ich do Państwa trzeciego.

Dane osobowe podawane obowiązkowo (zgodnie z § 8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r., w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U.2015.2069)

- *Imię i nazwisko pacjenta*
- *PESEL pacjenta*
- *Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, opiekuna faktycznego*
- *Numer telefonu osoby upoważnionej*
- *Adres e-mail osoby upoważnionej*

Dane osobowe podawane dobrowolnie:

- *Pesel przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, opiekuna faktycznego*
- *Numer telefonu*
- *Adres e-mail*

Brak podania w trakcie rejestracji lub na etapie późniejszym danych osobowych dobrowolnych (telefon, e-mail) uniemożliwi Państwu skorzystanie z prawa do uzyskania dokumentacji medycznej w formie elektronicznej ze względu na brak możliwości weryfikacji Państwa tożsamości.

W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych przysługuje Państwu prawo do:

- *dostępu do danych;*
- *sprostowania danych;*
- *usunięcia danych – w zakresie przewidzianym w obowiązujących przepisach prawnych;*
- *ograniczenia przetwarzania – w zakresie przewidzianym w obowiązujących przepisach prawnych;*
- *wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania;*
- *przenoszenia danych – w zakresie przewidzianym w obowiązujących przepisach prawnych;*
- *cofnięcia zgody na przetwarzanie danych na podstawie wydanej uprzednio przez państwa zgody bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;*
- *wniesienia skargi do organu nadzorczego – jeżeli uznają Państwo, że przetwarzanie danych odbywa się w sposób niezgodny z obowiązującymi przepisami.*

Dane Administratora ochrony danych:

e-mail: tomasz.m@aktywna-fizjoterapia.pl

Tel.: 663817580