Klauzula informacyjna dla pacjenta Centrum Medycznego

„SOPMED" Spółka z o.o. z siedzibą w Sopocie

Szanowny Pacjencie, informujemy, że:

Administratorem Twoich danych osobowych jest:

Centrum Medyczne „SOPMED" Spółka z o.o. z siedzibą w Sopocie przy ul. Chrobrego 6/8, REGON 1919822561, NIP 58513 61143, Sąd Rejonowy Gdańsk – Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy KRS 0000009030, zwana dalej Administratorem.

Kontakt z inspektorem ochrony danych osobowych - **e-mail iodo@sopmed.pl, tel. 555 26 08.**

1. Twoje dane przetwarzane są w celu udzielania świadczeń zdrowotnych (ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych, zarządzania udzielaniem tych usług oraz leczenia). Podstawą prawną przetwarzania pozyskanych danych stanowi ustawa z dnia 06.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U 2017 poz.1318).
2. Twoje dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w zakresie związanym z realizacja celów określonych wyżej. Nie udostępniamy danych innym odbiorcom poza podmiotami upoważnionymi na podstawie przepisów prawa.
3. Administrator nie będzie przekazywać Twoich danych do państw trzecich ani do organizacji międzynarodowych.
4. Dane udostępnione przez Pana/Panią nie podlegają profilowaniu.
5. Administrator Twoje dane będzie przechowywać nie dłużej niż to wynika z przepisów prawa (art. 29 ust. 1 ustawy z dnia 06.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).
6. Masz prawo żądać od administratora dostępu do swoich danych, ich sprostowania, zaktualizowania, jak również masz prawo do ograniczenia przetwarzania danych. Zasady udostępienia dokumentacji medycznej zastały określone przez przepisy polskiego prawa (art. 26 ustawy z dnia 06.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).
7. W związku z przetwarzaniem Twoich danych osobowych przez Administratora przysługuje Ci prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - **Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych**.
8. Podanie nam Twoich danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest konieczne do realizacji świadczeń zdrowotnych.

Potwierdzam zapoznanie się z treścią klauzuli informacyjnej.

.....

imię, nazwisko pacjenta (ukończone 16 lat) lub jego opiekuna prawnego

.....

Data i podpis pacjenta – (ukończone 16 lat) lub jego opiekuna prawnego

Oświadczenie pacjenta

....

imię i nazwisko pacjenta **telefon**

PESEL

.....

e-mail

.....

adres zamieszkania

....

imię i nazwisko rodzica lub opiekuna prawnego **telefon**

PESEL

.....

e-mail

Na podstawie ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2017.1318 z późn. zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 roku w sprawie rodzajów i zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015.2069 z późn. zm.) oświadczam, że:

1. Upoważniam / nie upoważniam nikogo*

.....

imię i nazwisko, dane kontaktowe

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

2. Upoważniam / nie upoważniam nikogo*

.....

imię i nazwisko, dane kontaktowe

do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.

Upoważnienie to **dotyczy/nie dotyczy*** wglądu do dokumentacji w przypadku mojej śmierci.

3. Upoważniam / nie upoważniam nikogo*

.....

imię i nazwisko, dane kontaktowe

do odbioru recept lub zleceń wystawionych w ramach realizacji mojego prawa do świadczeń, zgodnie z art. 42 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity: Dz. U. 2018.617 z późn. zm.)

*/ niepotrzebne skreślić

4. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie wszelkich zleconych oraz uzasadnionych medycznie badań i udzielanie innych świadczeń zdrowotnych na rzecz mojej osoby **.

**) Zostałem/am pouczony/a, o:
- prawie do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania,wynikach leczenia oraz rokowaniu,
- prawie odwołania zgody na przeprowadzenie badań i udzielanie innych świadczeń zdrowotnych.

W razie braku zgody, wykonanie badania lub udzielenie świadczenia zdrowotnego będzie dopuszczalne w sytuacji konieczności udzielenia niezwłocznej pomocy lekarskiej.

Zgoda własna Pacjenta wyrażona we własnym imieniu (ukończone 16 lat)

.....

data i podpis

Zgoda wyrażona w imieniu osoby małoletniej lub pozostającej pod opieką

.....

data i podpis rodzica lub opiekuna prawn