

KLAUZULA INFORMACYJNA DLA PACJENTA

Zgodnie z art. 13 Rozporz dzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w zwi zku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (4.5.2016 L 119/38 *Dziennik Urz dowy Unii Europejskiej PL*)

Informuj , e:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Centrum Diagnostyczno-Lecznicze „GAMMED” z siedzib w Warszawie 02-351, przy ul. Lelechowskiej 5.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem email: iodgammed@gmail.com.
3. Pani/Pana dane osobowe b d przetwarzane na podst. art. 6 ust. 1 lit. a,b,c,f oraz art. 9 ust. 2 lit. h i art. 9 ust. 3 Rozporz dzenia Parlamenty Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w zwi zku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE:
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane b d w celu realizacji wiadcze opieki zdrowotnej (w tym m.in. w celu ustalenia to samo ci przed udzieleniem wiadczenia, prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej) oraz w celu dochodzenia roszcze z tytułu prowadzonej przez nas działalno ci medycznej.
5. Z uwagi na konieczno zapewnienia odpowiedniej organizacji działalno ci Centrum Diagnostyczno-Leczniczego „GAMMED” jak równie realizacji praw pacjenta Pani/Pana dane osobowe mog by przekazywane nast puj cym kategoriom odbiorców: innym, współpracuj cym z Centrum podmiotom leczniczym w celu zapewnienia ci gło ci leczenia oraz dost pno ci opieki zdrowotnej, dostawcom usług technicznych, organizacyjnych i prawnych, umo liwiaj cym udzielanie przez Centrum wiadcze zdrowotnych oraz zarz dzanie placówk , osobom upowa nionym przez pacjenta w ramach realizacji wiadcze opieki zdrowotnej.
6. Pani/Pana dane osobowe zebrane w dokumentacji medycznej przechowywane b d przez czas okre lony w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, czyli przez minimum 20 lat od dnia dokonania w niej ostatniego wpisu. Dane przetwarzane w celu dochodzenia roszcze , przechowywane b d przez okres przedawnienia roszcze , wynikaj cy z przepisów kodeksu cywilnego. Wszelkie dane przetwarzane na potrzeby rachunkowo ci oraz ze wzgl dów podatkowych przetwarzane b d przez 5 lat liczonych od ko ca roku kalendarzowego, w którym powstał obowi zek podatkowy.
7. Korzystanie z naszych usług jest w pełni dobrowolne, jednak e jako podmiot leczniczy jeste my zobowi zani do prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób okre lony przepisami prawa, w tym do oznaczenia to samo ci pacjenta z wykorzystaniem jego danych osobowych. W takim przypadku niepodanie danych mo e skutkowa odmow rezerwacji wizyty czy udzielenia wiadczenia zdrowotnego. Równie ze wzgl dów rachunkowych czy podatkowych posiadamy obowi zek prawny przetwarzania podanych danych, brak ich podania mo e skutkowa np. niemo no ci wystawienia faktury czy imiennego rachunku. W przypadku podania nam numeru telefonu czy adresu e-mail, które odbywa si na zasadzie dobrowolno ci – ich niepodanie nie b dzie skutkowało odmow udzielenia wiadczenia zdrowotnego, lecz np. brakiem mo liwo ci potwierdzenia wizyty.
8. Posiada Pani/Pan prawo do: dania od administratora dost pu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usuni cia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofni cia zgody, w przypadku, gdy podstaw przetwarzania była wydana zgoda.
9. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urz du Ochrony Danych.

Zapoznałam/em si z niniejsz klauzul informacyjn :

.....
miejscowo , data

.....
czytelny podpis pacjenta

ZGODA PACJENTA

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Centrum Diagnostyczno-Lecznicze „GAMMED”, które podałam/em w celu informowania mnie telefonicznie bądź mailowo o terminach wizyt, wynikach badań, czy innych kwestiach związanych z moim procesem leczenia.

.....
miejsce, data

.....
czytelny podpis pacjenta

<input type="checkbox"/> 1.1	Upoważniam następującą osobę do otrzymania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielanych mi wiadomościach medycznych:	
<input type="checkbox"/> 1.2	Nie upoważniam żadnej osoby do otrzymania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielanych mi wiadomościach medycznych:	
l.p.	Imię i nazwisko osoby upoważnionej	Adres do korespondencji osoby upoważnionej
<input type="checkbox"/> 2.1	Upoważniam następującą osobę do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby:	
<input type="checkbox"/> 2.2	Nie upoważniam żadnej osoby do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby:	
l.p.	Imię i nazwisko osoby upoważnionej	Adres do korespondencji osoby upoważnionej
3. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań lub innych świadczeń zdrowotnych.		
4. Zostałam/zostałem poinformowany o możliwości zapoznania się z Kartą Praw Pacjenta.		
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu wykonania badań i świadczeń zdrowotnych zgodnie z przepisami ustawy o ochronie danych osobowych.		
..... data złożenia oświadczenia	 czytelny podpis pacjenta

Podstawa prawna: Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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).