

WPISAĆ DANE OPIEKUNA PRAWNEGO JEŚLI PACJENT JEST NIEPEŁNOLETNI

PESEL pacjenta _____

imię i nazwisko pacjenta _____

Adres zamieszkania _____

(ulica; nr domu; nr mieszkania; kod i miejscowość)

Dokument potwierdzający tożsamość:

dowód osobisty

paszport

prawo jazdy

numer _____

Działając jako : rodzic inny niż rodzic przedstawiciel ustawowy opiekun prawny nie dotyczy**Klauzula informacyjna**

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:

AKADEMIA ZDROWIA
PRZYCHODNIA MEDYCZYNY RODZINNEJ S.C.
 Żuliński Wojciech, Aneta, Jakub
 72 - 005 PRZECŁAW 58
 tel. 91/ 311-62-53
 NIP 8513161801, REGON 321190934-00027

2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – biuro@aibo.pl

3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu świadczenia usług medycznych - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie Art. 9 ust.1 lit. h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r

4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa (NFZ) oraz , laboratoria analityczne oraz inne podmioty lecznicze, z którym Administrator zawarł umowy powierzenia przetwarzania danych w celu udzielania świadczeń medycznych oraz inne podmioty, w tym Ubezpieczyciele, z którymi Administrator zawarł umowy powierzenia przetwarzania danych w celach prowadzenia obsługi administracyjnej, informatycznej, rozliczeniowej i finansowej Administratora oraz w związku z jego ubezpieczeniem.

5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres 20 lat, lub 30 w przypadku zgonu pacjenta

6) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania

7) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

8) podanie danych osobowych jest obligatoryjne na mocy przepisu prawa w celu realizacji usług medycznych

podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

Upoważniam / Nie upoważniam* następujące osoby do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

1. _____ PESEL _____
imię i nazwisko

Adres: _____ Nr tel. _____

2. _____ PESEL _____
imię i nazwisko

Adres: _____ Nr tel. _____

Upoważniam / Nie upoważniam* następujące osoby do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.

1. _____ PESEL _____
imię i nazwisko

Adres: _____ Nr tel. _____

2. _____ PESEL _____
imię i nazwisko

Adres: _____ Nr tel. _____

Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody*: na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego.

Zostałem/zostałam poinformowany/a o możliwości zapoznania się z Kartą Praw Pacjenta.

*zaznaczyć X odpowiedni kwadrat

podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

*WPISAĆ DANE OPIEKUNA PRAWNEGO JEŚLI PACJENT JEST NIEPEŁNOLETNI