

Imię i nazwisko: _____

PESEL: _____ data ur. _____

Adres zamieszkania: _____ Kod pocztowy _____

Telefon kontaktowy: _____

UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisany, niniejszym upoważniam Panią/Pana _____,

numer pesel lub data urodzenia _____,

adres _____,

tel. numer _____ */nie upoważniam nikogo* do:

- Informowania o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych przez tutejszy Zakład Opieki Zdrowotnej;
- Uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej z tutejszego Zakładu Opieki Zdrowotnej;
- Odbioru moich recept;
- Odbioru moich zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne.

KRAKÓW, dn. _____

Podpis pacjenta

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzanie konsultacji lekarskich, badań diagnostycznych oraz udzielanie innych świadczeń zdrowotnych, na zasadach określonych w rozdz. 5 Ustawy z dn. 06.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w:

Zdrowa Huta Sp.z o.o.
Ul.W.Sieroszewskiego 3,31-914 Kraków

KRAKÓW, dn. _____

Podpis pacjenta

Podmiot leczniczy ZDROWA HUTA Sp. Z o.o. z siedzibą w Krakowie, ul. W.Sieroszewskiego 3, kod pocztowy 31-914 - dalej zwana „ZH” informuje, że:

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia 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, dalej również „RODO”), informujemy, że:

- * administratorem Pani/Pana danych osobowych jest ZH;
- * inspektorem ochrony danych w ZH jest Magdalena Kaźmierska, tel.:519 516 901;
- * Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą:
na podstawie art. 23 i następne ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, oraz w celu udokumentowania Pani/Pana stanu zdrowia oraz udzielonych Pani/Panu świadczeń zdrowotnych,
- * odbiorcą Pani/Pana danych osobowych mogą być osoby i podmioty wskazane w art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w przepisach ustaw szczególnych;
- * **celem przetwarzania danych jest:**
 - a) **wybór lekarza pierwszego kontaktu, pielęgniarki lub położnej, a także świadczenie opieki zdrowotnej oraz innych usług na Pani/Pana rzecz;**
 - b) **wykonanie obowiązków nałożonych na ZH przepisami prawa;**
- * w przypadku udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Pani/Pana dane osobowe
* przetwarzane będą:
 - a) na podstawie art. 2 oraz art. 49 i nast. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a w przypadkach, o których mowa w art. 12 i nast. ww. ustawy – na podstawie wskazanych przepisów szczególnych, oraz
 - b) w celach weryfikacji Pani/Pana uprawnień do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a także w celach rozliczenia tych świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia lub innym podmiotem finansującym te świadczenia,
- * w przypadku, o którym mowa w pkt 5, odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będzie Narodowy Fundusz Zdrowia lub inny podmiot finansujący świadczenia opieki zdrowotnej;
- * Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okresy, o których mowa w art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w przepisach ustaw szczególnych;
- * posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, z zastrzeżeniem jednak zasad gromadzenia i przetwarzania danych w dokumentacji medycznej, o których mowa w rozdziale 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w przepisach ustaw szczególnych;
- * ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie dotyczących Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO;
- * podanie przez Pana/Panią danych osobowych gromadzonych w dokumentacji medycznej jest obowiązkowe;

.....
Data , podpis