**OŚWIADCZENIE PACJENTA**

Ja, (imię i nazwisko) ……………………………………………. niżej podpisany/podpisana\* o numerze identyfikującym PESEL ..............……………………………………………….....

**oświadczam, że upoważniam:**

1. Pana/Panią\* (imię i nazwisko)……....………………...............................…...………..,

dane kontaktowe ........................................................................................................ do:

1. uzyskania wglądu do mojej dokumentacji medycznej\*,
2. uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby\*,
3. nie wyrażam zgody i nie upoważniam nikogo do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby/za wyjątkiem mojej śmierci\*. W takiej sytuacji osobą upoważnioną jest\*:

*\* niepotrzebne skreślić*

…………………………………………………………

(data i podpis pacjenta)

1. Pana/Panią\* (imię i nazwisko) ……....…………………….................................……..,

dane kontaktowe ......................................................................................................... do:

1. uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i o udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych, w tym o rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu\*,
2. nie wyrażam zgody i nie upoważniam nikogo do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych\*.

*\* niepotrzebne skreślić*

…………………………………………………………

(data i podpis pacjenta)

1. \*Pana/Panią\* (imię i nazwisko) ……….….....................................…………………..,

dane kontaktowe ..................................................................................................... do:

1. odbioru recept
2. nie upoważniam żadnych osób do odbioru recept\*

\*Oświadczam, że recepty lub zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne wystawione 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, mogą być odebrane przez dowolną osobę, która się po nie zgłosi.

*\* niepotrzebne skreślić*

….……………………………………………………

(data i podpis pacjenta)

**KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**  **W PRZYCHODNI LEKARSKIEJ MACIEJÓW SP. Z O.O.**

1. ADMINISTRATOREM DANYCH OSOBOWYCH JEST PRZYCHODNIA LEKARSKA MACIEJÓW SP. Z O.O. W ZABRZU, UL. KNUROWSKA 16, 41-804 ZABRZE, REGON: 241703261, NIP: 6482736374, REPREZENTOWANA PRZEZ PREZESA ZARZĄDU – ANGELIKĘ MORGAŚ

**II. DANE KONTAKTOWE**

Z Inspektorem Danych Osobowych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danychpisemnie na adres siedziby administratora – **Przychodnia Lekarska Maciejów Sp. z o.o. w Zabrzu, ul. Knurowska 16, 41-804 Zabrze**

**III. ŻRÓDŁO POZYSTKANIA DANYCH**

Dane osobowe są podawane przez Pacjenta bezpośrednio w momencie zgłoszenia: osobiście lub telefonicznie.

Dane osobowe otrzymywane są także od innych placówek – w sytuacji kontynuacji leczenia rozpoczętego w innym miejscu.

Dane osobowe mogą być także uzyskiwane od Państwa osób bliskich - w szczególnych sytuacjach uzasadnionych stanem Państwa zdrowia.

**IV. ZAKRES PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

Dane osobowe Pacjentów przetwarzane są w zakresie koniecznym do uzyskania przez nich świadczeń związanych ze zdrowiem publicznym oraz zarządzaniem usługami opieki zdrowotnej, profilaktyki zdrowotnej, zapewnienia opieki zdrowotnej lub zabezpieczenia społecznego, leczenia oraz zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej lub zabezpieczenia społecznego, w tym rejestracji Pacjentów, umawiania wizyt/kontaktu oraz w celu ich potwierdzenia/odwołania. Dane osobowe Pacjentów są wykorzystywane także w celu weryfikacji tożsamości przed udzieleniem świadczenia zdrowotnego. Administrator danych, jako podmiot leczniczy, jest zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej, której treść i zakres określają obowiązujące przepisy prawa.

**V. CEL PRZETWARZANIA DANYCH**

**Dane osobowe Pacjentów są przetwarzane wyłącznie w celach:**

Dane osobowe Pacjentów przetwarzane będą do celów zdrowotnych tj. działalności leczniczej i świadczeń zdrowotnych, określonych w art. 9 ust. 2 lit. h) RODO.

Przetwarzanie odbywa się zarówno podczas procesu rejestracji jak i udzielania świadczenia zdrowotnego w gabinecie lekarskim, zabiegowym, diagnostycznym oraz pielęgniarskim (art. 6 ust. 1 pkt d, art. 9 ust. 2 pkt c i h rozporządzenia RODO).

**Do celów tych w szczególności należy:** profilaktyka zdrowotna, diagnoza medyczna i leczenie, zapewnienie opieki zdrowotnej, zarządzanie systemami i usługami opieki zdrowotnej, w tym rejestracja pacjentów, weryfikacja uprawnień do uzyskania świadczenia,

zapewnienie zabezpieczenia społecznego oraz zarządzania systemami i usługami zabezpieczenia społecznego, w tym wystawianie zaświadczeń lekarskich.

**Dane osobowe Pacjenta mogą być również przetwarzane w celu:** usprawnienia procesu udzielania świadczeń zdrowotnych przetwarza się numeru telefonu lub adresu e-mail, który wykorzystywany będzie wyłącznie w celu poinformowania o dostępności wyników badań, przypomnienia o zaplanowanej wizycie, zabiegu lub przekazania informacji o odwołaniu wizyt (art. 6 ust. 1 pkt f rozporządzenia RODO), prowadzenia ksiąg rachunkowych lub rozliczeń podatkowych, tj. m.in. w związku np. z wystawieniem faktur za wykonane usługi (art. 6 ust. 1 pkt c rozporządzenia RODO w związku z ustawą z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości), obrony praw i dochodzenia roszczeń przez Administratora danych w związku z prowadzoną przez niego działalnością – [podstawa prawna art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO],

**Podstawą prawną do zbierania i przetwarzania danych stanowi obowiązek prawny wynikający min. z:**

1. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 9.11.2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania
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), w szczególności art. 6 tego rozporządzenia ustanawiający ogólne zasady zgodności przetwarzania danych
3. Ustawy z dnia 24.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz.U.2019.1373 t.j.)
4. Ustawy z dnia 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2019.1127 t.j.)
5. Ustawa z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U.2017.1769 tj.)

**VI. OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH**

Dane osobowe będą przechowywane przez czas określony przepisami prawa, a w szczególności przez okres czasu wynikający z art. 29 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. - o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dokumentacja medyczna przechowywana jest przez okres co najmniej 20 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu. Po upływie ustawowego czasu przechowywania dokumentacji medycznej będzie ona niszczona w sposób uniemożliwiający identyfikację Pacjenta, którego dotyczyła, lub wydana Pacjentowi lub osobie przez niego upoważnionej. Dane służące do celów rozliczania świadczeń zdrowotnych, a także dane służące do dochodzenia roszczeń będą przetwarzane przez okres przedawnienia tych roszczeń zgodnie z przepisami kodeksu cywilnego. Jeżeli przepisy prawa będą wymagały wcześniejszego usunięcia Państwa danych osobowych lub dłuższego ich przechowywania, Administrator zastosuje się do takiego obowiązku prawnego.

**VII. PODMIOTY, KTÓRYM PRZYCHODZIA UDOSTĘPNIA DANE**

Dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa, w szczególności zgodnie z art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w tym m.in. podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych oraz organom władzy publicznej, w tym Rzecznikowi Praw Pacjenta, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności nadzoru i kontroli. Dane osobowe mogą być udostępnione także podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora m.in. dostawcom usług IT oraz podmiotom przetwarzającym należącym do grupy podwykonawców - przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora.

**VIII. PRAWA OSOBY, KTÓREJ DANE DOTYCZĄ**

Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

**IX. INFORMACJA O DOBROWOLNOŚCI PODANIA DANYCH**

Podanie danych osobowych jest warunkiem niezbędnym do udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na wymogi prawne nałożone na administratora danych, w tym m.in. konieczność prowadzenia dokumentacji medycznej, identyfikacji pacjenta. Odmowa podania danych może być podstawą do odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego.

Jednocześnie informujemy iż przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w formie tradycyjnej na adres: Urząd Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa oraz w formie elektronicznej poprzez formularz na   
stronie : <https://uodo.gov.pl/pl/83/153>

Potwierdzam, że zapoznałem się z Polityką prywatności danych i akceptuje jej zapisy:

………………………………………………………………………………………….