

UPOWAŻNIENIE

Ja, o numerze PESEL..... upoważniam do dostępu do informacji o moim stanie zdrowia oraz do dostępu do dokumentacji medycznej, dotyczącej mojego stanu zdrowia oraz udzielonych mi świadczeń zdrowotnych: Panią/Pana zamieszkałą/ego tel. kontaktowy

.....
(imię i nazwisko pacjenta, data)

Nie upoważniam żadnej osoby do dostępu do informacji o moim stanie zdrowia oraz do dostępu do dokumentacji medycznej, dotyczącego mojego stanu zdrowia oraz udzielonych mi świadczeń zdrowotnych.

.....
(imię i nazwisko pacjenta,
data)

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania.

KLAUZULA INFORMACYJNA RODO

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 (Dz. Urz. UE L 2016, nr 119, s. 1) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: **Valeo Medical Sp. z o.o. z siedzibą w Drużbicach, Poradnia Valeo Medical;**

2. Inspektorem ochrony danych Pana/i jest powołany inspektor danych osobowych, który zgodnie z postanowieniami RODO jest osobą nadzorującą przestrzeganie zasad ochrony danych osobowych w podmiocie w którym został wyznaczony.

Inspektor Ochrony Danych Osobowych: Maria Wojna

kontakt: maria.wojna@valeomedical.pl

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji świadczenia usług medycznych, prowadzenia dokumentacji medycznej oraz realizacji obowiązku przechowywania dokumentacji medycznej przez okres wynikający z art.29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r o prawach pacjenta i Rzecznika praw Pacjenta.

4. Podanie przez Pana/panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym.

5. Zgodnie z art. 25 ust.1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 o prawach pacjenta i rzecznika Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 Nr 52, poz 417 z późn. zm) do prowadzenia dokumentacji medycznej niezbędne jest podanie następujących danych:

a) nazwisko i imię (imiona),

b) datę urodzenia,

c) oznaczenie płci,

d) adres miejsca zamieszkania,

e) numer PESEL, jeżeli został nadany, a w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,

f) w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania.

6. Konsekwencją niepodania danych będzie niemożliwość przyjęcia Pani/Pana przez Poradnię Valeo Medical celem świadczenia usług medycznych.

7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz praw ich sprostowania.

8. Pani /Pana dane osobowe nie będą udostępniane osobom nieupoważnionym zgodnie z art.26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r o prawach pacjenta i rzecznika praw Pacjenta - podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. Dokumentacja medyczna może zostać udostępniona również min. podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych, a także w przypadkach przewidzianych obowiązującymi przepisami prawa. Dokumentacja medyczna może zostać udostępniona organom władzy sądowniczej, prokuraturze i Zakładom Ubezpieczeń Zdrowotnych.

9. W oparciu o Pani/Pana dane osobowe administrator nie będzie podejmował wobec Pani/Pana zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będącej wynikiem profilowania.

10. Administrator nie będzie przekazywał Pana/Pani danych osobowych do innych państw ani organizacji międzynarodowych.

11. Ma Pan/Pani prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony danych Osobowych (UODO), gdy uzna Pan/pani, iż przetwarzanie danych osobowych narusza Pana/Pani prawa.



Valeo medical

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.	Nie wyrażam zgody na przetwarzanie moich danych osobowych.
--	--