



Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
„SANA-MED”s.c.  
ul. Buchowieckiego 15A, 32-300 Olkusz

Olkusz, dn.....

## OŚWIADCZENIE PACJENTA

**Dane Pacjenta ( rodzica, opiekuna prawnego ):**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imię, Nazwisko , PESEL

**Jeśli oświadczenie wypełnia opiekun prawny Pacjenta, należy podać dane Pacjenta:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imię, Nazwisko, PESEL

**Zezwalam na przeprowadzenie badania / udzielenie świadczenia zdrowotnego w niniejszej placówce.**

Zgoda na przeprowadzenie badania / udzielenie świadczenia jest ważna do momentu jej odwołania ( na podstawie art. 14 ust. 2 pkt 3 oraz art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta ( Dz.U.2016.186 t.j. z dnia 2016.02.16 )

**Wyrażam zgodę na przesyłanie dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby na wskazany przeze mnie adres e-mail:**

( Proszę wypełnić drukowanymi literami. Placówka nie ponosi winy, za błędne podanie adresu e-mail )

**Do uzyskania informacji o udzielonych świadczeniach oraz do dokumentacji medycznej we wszystkich prawnie dopuszczonych formach upoważniam:**

Nie upoważniam nikogo

**1.**

upoważnienie do informacji o stanie zdrowia pacjenta;  upoważnienie do dokumentacji medycznej

Imię, Nazwisko, Adres zamieszkania

Numer telefonu, Adres e-mail, jeżeli dokumentacja ma być przesłana elektronicznie

**2.**

upoważnienie do informacji o stanie zdrowia pacjenta;  upoważnienie do dokumentacji medycznej

Imię, Nazwisko, Adres zamieszkania

Numer telefonu, Adres e-mail, jeżeli dokumentacja ma być przesłana elektronicznie

.....  
Data i podpis

### KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

- 1) administratorem danych osobowych Pacjentów jest Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „SANA-MED” s.c., ul. Buchowieckiego 15a, 32-300 Olkusz, NIP: 637-19-86-814, REGON: 356367762
- 2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod.kd.rodod@interia.pl;

- 3) administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h) RODO, tj. w celu zapewnienia opieki zdrowotnej, co wynika z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 4) dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. laboratorium zewnętrznym, kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
- 5) administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 6) mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora. Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że: 1) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, tj. z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta; 2) przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego; 3) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celów. Konsekwencją niepodania danych będzie odmowa udzielenia świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej; 4) administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

***Zostałam/em poinformowana/y o prawie dostępu do treści ww. danych oraz o prawie do ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.***

.....  
Data i podpis

.....  
Czytelny podpis osoby przyjmującej oświadczenie lub podpis i pieczęćka