

Dane osobowe pacjenta - dziecka	Dane osobowe opiekuna
Imię i nazwisko	Imię i nazwisko
Pesel: _____	Pesel: _____
Adres:	Adres:
Ulica:nr.....	Ulica:nr.....
Kod pocztowy: ___ - ____	Kod pocztowy: ___ - ____
Miejscowość:	Miejscowość:
	Telefon:

**INFORMACJA NA TEMAT PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH PACJENTÓW
W MEDteam Centrum Medyczne Sp. z o.o**

Dane administratora

Administratorem danych osobowych jest: MEDteam Centrum Medyczne Sp. z o.o., ul. Reymonta 6, 40 - 029 Katowice
tel. 604 098 115

Inspektor Ochrony Danych

We wszystkich sprawach związanych z ochroną danych osobowych można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych:
.....@medteam.pl

Cele przetwarzania danych osobowych i podstawa prawna przetwarzania

Dane osobowe pacjentów mogą być przetwarzane w następujących celach:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych i prowadzenie dokumentacji medycznej, Weryfikacja uprawnień do uzyskania i rozliczanie zrealizowanych świadczeń opieki zdrowotnej, Komunikowanie się w sprawach związanych z koordynacją udzielania świadczeń, w tym między innymi dotyczących organizacji udzielania świadczeń, oceny samopoczucia pacjenta po udzieleniu świadczenia, badania satysfakcji pacjenta. Wykonywanie innych czynności pomocniczych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a także czynności związanych z utrzymaniem systemu teleinformatycznego, na podstawie przepisów art. 6 ust. 1 lit. b, c i d oraz art. 9 ust. 2 lit. c i h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych 2016/679 (RODO), art. 3 ustawy o działalności leczniczej oraz art. 24 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne w celu udzielania świadczeń zdrowotnych.

Informacje o odbiorcach danych osobowych

Dane osobowe pacjentów mogą być przekazywane:

Podmiotom leczniczym współpracującym z NZOZ oraz Portalowi Znany Lekarz w celu zapewnienia ciągłości leczenia oraz dostępności świadczeń zdrowotnych, dostawcom usług technicznych i organizacyjnych, które umożliwiają udzielanie świadczeń zdrowotnych

i prowadzenie dokumentacji medycznej, w szczególności dostawcom usług teleinformatycznych, dostawcom i serwisantom sprzętu medycznego, firmom kurierskim i pocztowym, osobom upoważnionym do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i planowanych oraz udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz osobom upoważnionym do uzyskiwania dokumentacji medycznej, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, organom władzy publicznej, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru, podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów; szkołom wyższym lub instytutowi badawczemu do wykorzystania w celach naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.

Okres, przez który dane osobowe będą przechowywane

Dane osobowe pacjentów są przechowywane przez wymagany przepisami prawa okres przechowywania dokumentacji medycznej.

Prawa przysługujące pacjentom w związku z przetwarzaniem danych osobowych

Pacjentom przysługuje prawo do żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania, do przenoszenia danych, jeżeli przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany jak również prawo do wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania, jeżeli dane przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e) i f) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych 2016/679.

Informacja o prawie wniesienia skargi do organu nadzorczego

Pacjentom przysługuje prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego: Urząd Ochrony Danych Osobowych; ul. Stawki 2; 00-193 Warszawa, tel. 22 531 03 00; fax. 22 531 03 01; Godziny pracy urzędu: 8.00 – 16.00

Zautomatyzowane podejmowanie decyzji

Dane osobowe pacjentów nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Wyrażam zgodę na leczenie, badanie diagnostyczne w MEDteam Centrum Medyczne Sp. z o.o.

.....
Data, czytelny podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

OŚWIADCZAM, ŻE:

- Upoważniam** do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby (również w przypadku śmierci) oraz informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych mi świadczeniach zdrowotnych: *

Imię i nazwisko osoby upoważnionej:.....

PESEL: _____, **numer kontaktowy**.....

- Nie upoważniam** nikogo do uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych, uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby również w przypadku śmierci. *

.....
Data, czytelny podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę na przesłanie wyników badań na adres poczty elektronicznej.

.....

.....
Data, czytelny podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę na odbiór wyników badań przez: (imię, nazwisko, PESEL)

.....
Data, czytelny podpis pacjenta lub opiekuna prawnego