

ZGODA NA UDOSTĘPNIENIE INFORMACJI MEDYCZNYCH

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie.....

Stopień pokrewieństwa - Matka - Ojciec - Opiekun prawny

1.1. Upoważniam następujące osoby do otrzymania informacji o stanie zdrowia mojego dziecka i udzielanych mu świadczeń,

L.P.	Osoba upoważniona

1.2. Nie upoważniam żadnych osób do otrzymania informacji o stanie zdrowia mojego dziecka i udzielanych mu świadczeń.

2.1. Upoważniam następujące osoby do uzyskania dokumentacji medycznej mojego dziecka

L.P.	Osoba upoważniona

2.2. Nie upoważniam żadnych osób do uzyskania dokumentacji medycznej mojego dziecka.

3. Zostałem poinformowany o możliwości zapoznania się z Prawami Pacjenta.

4. Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody na przesyłanie informacji medycznej na adres e-mail

.....

5. Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody na kontakt telefoniczny w sprawach związanych z realizowanymi świadczeniami medycznymi z wykorzystaniem poniższego numeru

.....

Niniejsze oświadczenia obowiązuje do odwołania, zmiany lub osiągnięcia pełnoletności przez pacjenta.

W przypadku podania osób upoważnionych do otrzymywania informacji o stanie zdrowia oraz osób upoważnionych do otrzymywania dokumentacji medycznej, prosimy o poinformowanie tych osób o fakcie, że ich dane będą przetwarzane przez Przychodnię „Reha-Pediatria” i że przysługują im wymienione poniżej prawa.

Data.....

Podpis opiekuna pacjenta.....

RODO

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż Administratorem Państwa danych osobowych jest Małgorzata Lewandowska, ul. Stryjeńskich 6, lok. UH-2, 02-971 Warszawa, będąca kierownikiem medycznym Przychodni „Reha-Pediatria”. Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji świadczeń medycznych w Przychodni „Reha-Pediatria”, na podstawie art. 9 pkt. 2h rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres określony w art. 29 ustawy z dnia 06 listopada 2008 r. o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta. Posiadacie Państwo prawo do dostępu do treści swoich danych, prawo ich sprostowania, wyrażenia sprzeciwu przeciw przetwarzaniu danych osobowych, prawo ograniczenia przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych. Posiadacie Państwo prawo do wniesienia skargi do Organu nadzorczego, gdy uznacie, iż przetwarzanie danych osobowych Państwa dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. Podanie przez Państwa danych osobowych jest warunkiem udzielenia świadczeń medycznych przez Przychodnię „Reha-Pediatria”. Państwa dane będą przetwarzane w sposób papierowy lub elektroniczny. Przychodnia „Reha-Pediatria” nie stosuje zautomatyzowanych metod podejmowania decyzji, w tym profilowania.

Data.....

Podpis opiekuna pacjenta.....