

HISTORIA CHOROBY PORADNI LECZENIA BÓLU

IMIĘ I NAZWISKO.....

PESEL

Płeć: M Ż

ADRES.....

TELEFON.....

1. **WYRAŻAM ZGODĘ** NA LECZENIE, BADANIE DIAGNOSTYCZNE W PORADNI LECZENIA BÓLU, PRZETWARZANIE MOICH DANYCH OSOBOWYCH

.....
/podpis pacjenta/

2. **UPOWAŻNIAM** lub **NIKOGO NIE UPOWAŻNIAM**

DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ, INFORMACJI O STANIE MOJEGO ZDROWIA I UDZIELONYCH MI ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH

.....
/imię i nazwisko/

.....
/podpis pacjenta/

WYWIAD: OBJAWY, ROZPOZNANIE, LECZENIE, UWAGI I PODPIS LEKARZA

DATA

Rp.

Zalecenia:

DGN:

..... **ICD**.....
[GŁÓWNE]

..... **ICD**.....
[WSPÓLISTNIEJĄCE]

PORADA: PIERWSZORAZOWA 89.00 = **6 pkt**

.....
/podpis i pieczęć lekarza/

Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest NZOZ „LUX-MED” Renata Celarek Spółka Jawna z siedzibą przy ul. Drzewieckiego 31/36, 39-300 w Mielcu. W sprawach związanych z ochroną danych osobowych może Pani/Pan skontaktować się z administratorem w następujący sposób:

- poprzez adres e-mail: docrenata@gmail.com
- telefonicznie: 177730055
- pisemnie na adres siedziby administratora

Dane osobowe są pozyskiwane od Pani/Pana drogą osobistą, telefoniczną lub elektroniczną i obejmują trzy grupy informacji:

- Dane niezbędne do weryfikacji tożsamości, prowadzenia dokumentacji medycznej oraz obrony praw i dochodzenia roszczeń przez administratora danych. Zakres tych informacji jest regulowany prawnie i nie wymaga zgody ze strony pacjenta. Obejmuje on: imię i nazwisko, płeć, datę urodzenia, adres zamieszkania, PESEL, opis przebiegu procesu diagnostycznego i leczniczego^{1,2}
- Dane niezbędne do kontaktu: imię i nazwisko, numer telefonu i adres email. Są to informacje podawane dobrowolnie, choć niezbędne w celu umawiania kolejnych wizyt bądź informowania o istotnych kwestiach związanych z leczeniem²
- Dane potrzebne do celów marketingowych: imię, nazwisko, numer telefonu i adres email. Mogą być one wykorzystane wyłącznie w oparciu o oddzielnie wyrażoną zgodę³

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres zdefiniowany w zależności od ich przeznaczenia:

- Dokumentacja medyczna przez okres 20 lat po zakończeniu leczenia⁴
- Dane służące do dochodzenia roszczeń będą przetwarzane przez okres przedawnienia tych roszczeń zgodnie z przepisami kodeksu cywilnego
- Dane niezbędne do kontaktu medycznego i marketingowego do momentu wycofania zgody na ich przetwarzanie

Pani/Pana dane mogą być udostępniane przez administratora podmiotom upoważnionym do uzyskania informacji na podstawie przepisów prawa⁵, a w szczególności innym podmiotom dla zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych, organom władzy publicznej, organom samorządu zawodów medycznych oraz instytucjom współpracującym tj. hostingodawcom.

Przysługują Pani/Panu następujące prawa w odniesieniu do własnych danych osobowych: prawo dostępu, prawo do sprostowania, prawo do ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do wniesienia skargi do PUODO – organu nadzorczego, jeśli uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie w/w danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016r. (RODO)

Imię Nazwisko

Miejscowość Data **Czytelny podpis**
(dzień, miesiąc, rok)

¹ art. 9 ust. 2 lit. h RODO w zw. z przepisami regulującymi proces udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej, ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza denty

² art. 6 ust 1 lit. b, f oraz art. 9 ust. 2 lit. f RODO

³ zgoda na podstawie art. 6 ust.1 lit. a RODO

⁴ art. 29 ustawy z 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

⁵ art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ja niżej podpisana/y wyrażam zgodnie z art. 6 ust.1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO* wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych zgodnie z przekazaną informacją przez NZOZ „LUX-MED” Renata Celarek Spółka Jawna, z siedzibą przy ul. Drzewieckiego 31, 39-300 w Mielcu w celu:

- otrzymywania informacji dotyczącej planowanych wizyt
 - za pośrednictwem telefonii komórkowej TAK / NIE **(właściwie zaznaczyć)**
 - za pośrednictwem poczty elektronicznej TAK / NIE **(właściwie zaznaczyć)**
- otrzymywania informacji marketingowych o usługach medycznych realizowanych przez NZOZ „LUX-MED” Renata Celarek Spółka Jawna
 - za pośrednictwem telefonii komórkowej TAK / NIE **(właściwie zaznaczyć)**
 - za pośrednictwem poczty elektronicznej TAK / NIE **(właściwie zaznaczyć)**

Miejscowość Data (dzień, miesiąc, rok)

Imię Nazwisko

Telefon Email

PESEL **Czytelny podpis**

* Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych