



DANE PACJENTA:

imię i nazwisko, nr PESEL / data urodzenia w przypadku obcokrajowców lub osób nieposiadających nr PESEL

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO / OPIEKUNA PRAWNEGO:

imię i nazwisko, nr PESEL/ data urodzenia w przypadku obcokrajowców lub osób nieposiadających nr PESEL

Ja niżej podpisana(y), imię i nazwisko \_\_\_\_\_

wyrażam zgodę na badania i udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, wymaganego stanem mojego zdrowia na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Toruń, dnia \_\_\_\_\_ podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego \_\_\_\_\_

Oświadczam, że zostałam(em) poinformowana(y) o przysługujących mi prawach pacjenta.

Oświadczam, że zostałam(em) poinformowana(y) o dostępie do informacji dotyczących przetwarzania danych osobowych i przysługujących mi zgodnie z przepisami RODO uprawnieniach.

Toruń, dnia \_\_\_\_\_ podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego \_\_\_\_\_

**OŚWIADCZENIE O UPOWAŻNIENIU LUB BRAKU UPOWAŻNIENIA DO DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ / UDZIELANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA PACJENTA**

Działając / w imieniu własnym / jako przedstawiciel ustawy/opiekun prawny ww. pacjenta pozostającego pod moją opieką / \*, na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz § 8 ust. 1 rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania:

upoważniam poniżej wymienioną osobę  nie upoważniam nikogo  
do [zaznaczyć odpowiednio]:

dostępu do mojej / dotyczącej ww. pacjenta pozostającego pod moją opieką / \* dokumentacji medycznej w pełnym zakresie<sup>1</sup> / w zakresie ograniczonym\* do: .....

1. Upoważnienie w pełnym zakresie - obejmuje prawo do: wglądu, uzyskiwania kopii, wyciągów lub odpisów dokumentacji medycznej, a także do uzyskania dokumentacji medycznej na wypadek śmierci Pacjenta.

udzielania tej osobie informacji o moim / o w/w pacjenta pozostającego pod moja opieką \* stanie zdrowia i udzielonych mi / mu\* świadczeniach zdrowotnych

DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ:

imię i nazwisko, Pesel lub data urodzenia

dane kontaktowe osoby upoważnionej (podać w przypadku upoważnienia do udzielania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych):

telefon/ adres e-mail / adres zamieszkania

data oraz czytelny podpis upoważniającego

data oraz czytelny podpis pracownika Przychodni

\* Niepotrzebne skreślić

## Ochrona Danych Osobowych - Klauzula informacyjna (zgodnie z art. 13 RODO)

Szanowni Pacjenci,

Spełniając obowiązek informacyjny wynikający z 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych – dalej RODO) niniejszym informujemy, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska „WRZOSY” Sp. z o.o. w Toruniu, ul. Szosa Chełmińska 254-258, 87-100 Toruń, tel. 56 6511609.
2. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych możecie się Państwo kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych w NZOZ Przychodnia Lekarska „WRZOSY” Sp. z o.o. w Toruniu, dostępnym pod adresem e-mail: [nzozwrzosy@tlen.pl](mailto:nzozwrzosy@tlen.pl), lub też za pomocą poczty tradycyjnej pod adresem Przychodni.
3. Dane pozyskujemy od Państwa bezpośrednio lub od osób upoważnionych przez Państwa, a ponadto w celu skorzystania ze świadczeń finansowanych przez NFZ nasz personel będzie pozyskiwał informacje o Państwa statusie ubezpieczenia korzystając z systemu e-WUŚ, udostępnionego przez NFZ.
4. Państwa dane osobowe przetwarzane są w celu zdrowotnych – tj. ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych, zarządzania udzielaniem tych usług, realizacji praw pacjenta, kontaktu z pacjentem, wystawiania faktury, rozliczenia z NFZ oraz leczenia. Podstawą prawną przetwarzania pozyskanych danych osobowych są przepisy: art. 9 ust 2 lit h RODO w związku z art. 3 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej i art. 24 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a ponadto zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. b) – f) i art. 9 ust. 2 lit. c), f), g), i), j)
5. Państwa dane przetwarzane są wyłącznie w wymienionych wyżej celach, a ich udostępnianie innym odbiorcom odbywa się tylko na podstawie przepisów prawa i tylko jeśli jest to konieczne do prawidłowego wykonywania naszej działalności. Dane mogą być przekazywane jedynie:
  - a) osobom upoważnionym przez Pacjenta;
  - b) podmiotom uprawnionym z mocy prawa;
  - c) podmiotom, którym powierzono przetwarzanie – np. innym podmiotom leczniczym współpracującym z NZOZ Przychodnia Lekarska „WRZOSY” Sp. z o.o. w celu zapewnienia ciągłości leczenia i osiągnięcia celów zdrowotnych.
6. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres nie dłuższy, niż jest to niezbędne w celu realizacji udzielenia świadczeń medycznych tj. zgodnie z art. 29 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
7. Przysługuje Państwu prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii, prawo sprostowania (poprawienia swoich danych), usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie (poza sytuacjami kiedy przetwarzanie jest wymogiem prawnym).
8. Informujemy, że zgodnie z art. 29 ustawy z dnia 06 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, niektóre z w/w praw mogą być ograniczone przez obowiązujące przepisy prawa, w sytuacji gdy przetwarzanie danych odbywa się w celu prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej.
9. Zgodnie z RODO przysługuje Państwu również prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
10. Państwa dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
11. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
12. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże jest to wymóg ustawowy, niezbędny do realizacji świadczeń zdrowotnych na rzecz Pacjenta, w zw. z tym, konsekwencją nie podania danych będzie odmowa udzielenia świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej. Brak podania numeru telefonu lub e-mail (podawanych dobrowolnie) będzie skutkowało brakiem możliwości kontaktu ze strony personelu NZOZ Przychodnia Lekarska „WRZOSY” Sp. z o.o.

Zapoznałem się z informacją:

---

Data i podpis Pacjenta / przedstawiciela ustawowego / opiekuna prawnego