

## DANE PACJENTA

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL:

Data urodzenia:

Ulica:

Numer budynku/lokalu:

Kod pocztowy:

Miejscowość:

## UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisany, niniejszym upoważniam Panią/Pana.....  
o numerze PESEL/dacie urodzenia.....  
zamieszkałą/ego pod adresem.....  
dostępną/ego pod numerem telefonu..... \*/nie upoważniam nikogo\* do:

- Informowania o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych przez tutejszy Zakład Opieki Zdrowotnej;
- Uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej z tutejszego Zakładu Opieki Zdrowotnej;
- Odbioru moich recept;
- Odbioru moich zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne.

Kraków, dn. ....

.....

*(podpis pacjenta)*

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie konsultacji lekarskich, badań diagnostycznych oraz udzielanie innych świadczeń zdrowotnych, na zasadach określonych w rozdz. 5 Ustawy z dn. 06.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w:

Zdrowa Huta Sp. z o. o.

ul. W. Sieroszewskiego 3, 31-914 Kraków

Kraków, dn. ....

.....

*(podpis pacjenta)*

**Podmiot leczniczy ZDROWA HUTA Sp. z o. o. z siedzibą w Krakowie, ul. W. Sieroszewskiego 3, kod pocztowy 31-914 – dalej zwana „ZH” informuje, że:**

Zgodnie z art. 12 ust. 1 i ust. 2 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 również „RODO”), informujemy, że:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest ZH;
- 2) Inspektorem ochrony danych w ZH jest Magdalena Kaźmierska, tel: 519 516 901;
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą:
  - a) Na podstawie art. 23 i następne ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
  - b) W celu udokumentowania Pani/Pana stanu zdrowia oraz udzielonych Pani/Panu świadczeniach zdrowotnych,
- 4) Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych mogą być osoby i podmioty wskazane w art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w przepisach ustaw szczególnych;
- 5) Celem przetwarzania danych jest:
  - a) Wybór lekarza pierwszego kontaktu, pielęgniarki lub położnej, a także świadczenie opieki zdrowotnej oraz innych usług na Pani/Pana rzecz;
  - b) Wykonanie obowiązków nałożonych na ZH przepisami prawa;
- 6) W przypadku udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą:
  - a) Na podstawie art. 2 oraz art. 49 i nast. Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a w przypadkach, o których mowa w art. 12 i nast. ww. ustawy – na podstawie wskazanych przepisów szczególnych, oraz
  - b) W celach weryfikacji Pani/Pana uprawnień do uzyskiwania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a także w celach rozliczenia tych świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia lub innym podmiotem finansującym te świadczenia.
- 7) W przypadku, o którym mowa w pkt. 6, odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będzie Narodowy Fundusz Zdrowia lub inny podmiot finansujący świadczenia opieki zdrowotnej;
- 8) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okresy, o których mowa w art. 29. Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w przepisach ustaw szczególnych;
- 9) Posiada Pani/Pan pełne prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia, przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, z zastrzeżeniem jednak zasad gromadzenia i przetwarzania danych w dokumentacji medycznej, o których mowa w rozdziale 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w przepisach ustaw szczególnych;
- 10) Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie dotyczących Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO;
- 11) Podanie przez Pana/Panią danych osobowych gromadzonych w dokumentacji medycznej jest obowiązkowe.

.....  
(podpis rodzica/opiekuna)