

PACJENT:

.....
Imię i nazwisko

.....
Pesel

.....
Adres zamieszkania

RODZIC/OPIEKUN PRAWNY:

.....
Imię i nazwisko

.....
Pesel

.....
Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja, niżej podpisany/-a
niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i/lub danych
osobowych mojego dziecka..... zawartych w
Karcie Zgłoszenia Pacjenta dla potrzeb związanych ze świadczeniem usług medycznych,
prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej oraz kontaktu w
związku ze świadczeniem usług medycznych i procesem leczenia.

1

.....
Data i podpis rodzica i/lub rodziców/opiekunów w imieniu obojga rodziców

PACJENT:

.....
 Imię i nazwisko

.....
 Pesel

.....
 Adres zamieszkania

RODZIC/OPIEKUN PRAWNY:

.....
 Imię i nazwisko

.....
 Pesel

.....
 Adres zamieszkania

PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH INFORMACJA DLA PACJENTÓW

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 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 („RODO”) informujemy, że Administratorem podanych przez Państwa danych osobowych jest PCM Sp. z o.o. z siedzibą w Pabianicach (kod 95-200), ul. Jana Pawła II 68, e-mail: pcmnzo@pcmnzo.pl. Dane są przetwarzane w celu udzielenia świadczeń zdrowotnych, prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej, kontaktu w związku ze świadczeniem usług medycznych i procesem leczenia oraz dokonywania rozliczeń. Dane mogą być również przetwarzane w celu wypełnienia ciążących na administratorze obowiązków wynikających z obowiązujących przepisów prawa, dochodzenia i obrony przed ewentualnymi roszczeniami, ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą lub innej osoby fizycznej, przechowywane dla celów archiwizacyjnych oraz zapewnienia rozliczalności. Dane będą przechowywane przez okres wynikający z obowiązujących przepisów (w przypadku dokumentacji medycznej co najmniej przez okres 20 lat od dnia dokonania w niej ostatniego wpisu) lub co najmniej upływu okresu przedawnienia roszczeń. Informujemy również o przysługującym Państwu prawie dostępu do treści danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawie do przenoszenia danych, wniesienia sprzeciwu, przeniesienia danych, do cofnięcia zgody w dowolnym momencie (w przypadkach, gdy jest ona podstawą przetwarzania) oraz prawie wniesienia skargi do Prezesa Ochrony Danych Osobowych w przypadku uznania, iż przetwarzanie danych osobowych narusza obowiązujące przepisy. Podanie danych jest dobrowolne, jednakże jako podmiot leczniczy jesteśmy zobowiązani do prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób określony przepisami prawa, w tym do oznaczenia tożsamości pacjenta z wykorzystaniem jego danych osobowych. Niepodanie danych może skutkować odmową rezerwacji czy udzielenia świadczenia zdrowotnego.

2

.....
 Data i podpis rodzica i/lub rodziców/opiekunów w imieniu obojga rodziców

.....
 Data i podpis pacjenta powyżej 16 roku życia

PACJENT:

.....
Imię i nazwisko

.....
Pesel

.....

.....
Adres zamieszkania

RODZIC/OPIEKUN PRAWNY:

.....
Imię i nazwisko

.....
Pesel

.....

.....
Adres zamieszkania

Zgoda obydwójga rodziców na diagnozowanie i/lub leczenie dziecka

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w ŚCZP DiM w Pabianicach prowadzonym przez NZOZ PCM w Pabianicach.

.....
Data i podpis rodzica i/lub rodziców/opiekunów w imieniu obojga rodziców

.....
Data i podpis pacjenta powyżej 16 roku życia

- * Wyrażam zgodę na nagrywanie sesji terapeutycznych w celach szkoleniowych.
 - * Wyrażam zgodę na obecność stażystów podczas procesu diagnozy i leczenia mojego dziecka.
- (*)właściwe zakresł

.....
Data i podpis rodzica i/lub rodziców/opiekunów w imieniu obojga rodziców

.....
Data i podpis pacjenta powyżej 16 roku życia

- * Wyrażam zgodę na przeprowadzenie wizyty w domu.
 - * Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie wizyty w domu .
- (*)właściwe zakresł

.....
Data i podpis rodzica i/lub rodziców/opiekunów w imieniu obojga rodziców

PACJENT:

.....
 Imię i nazwisko

.....
 Pesel

.....
 Adres zamieszkania

RODZIC/OPIEKUN PRAWNY:

.....
 Imię i nazwisko

.....
 Pesel

.....
 Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

*Upoważniam następujące osoby do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych:

- 1.
- 2.

*Nie upoważniam nikogo

*Upoważniam następujące osoby do wglądu i uzyskiwania dokumentacji medycznej:

- 1.
- 2.

*Nie upoważniam nikogo

*Upoważniam następujące osoby do uzyskania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych w razie mojej śmierci.

- 1.
- 2.

*Nie upoważniam nikogo

(*)właściwe zaznacz

.....
 Data i podpis rodzica i/lub rodziców/opiekunów w imieniu obojga rodziców