NR KARTY ………….

**KARTA PACJENTA**

**DANE PACJENTA:**

IMIĘ I NAZWISKO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ADRES ZAMIESZKANIA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NR TELEFONU: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PESEL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA URODZENIA : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-MAIL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, :

* Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest LAS-MED REHABILITACJA S.C.

ul. Wąwozowa 20, 02-796 Warszawa

* Inspektorem Ochrony Danych jest Wojciech Wilk

adres e mail biuro@rodo-wolfserwis.pl

* Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu świadczenia usług medycznych - na podstawie ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
* odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa m.in lekarze, specjaliści wykonujący usługi medyczne na rzecz naszej Kliniki, z którymi mamy podpisane umowy powierzenia danych.
* Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres 20 lat,
* posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania
* ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego
* podanie danych osobowych jest obligatoryjne na mocy przepisu prawa

Potwierdzam zapoznanie się z powyższą klauzulą: data/ czytelny podpis

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Niniejszym informujemy, że LAS-MED REHABILITACJA S.C. z siedzibą w Warszawie będzie przetwarzać Pana/Pani dane osobowe podane nam w związku korzystaniem przez Pana/Panią z usług LAS-MED REHABILITACJA S.C. w celu świadczenia na rzecz Pana/Pani świadczeń zdrowotnych oraz rejestracji , a w szczególności Pana/Pani imię, nazwisko, numer telefonu, adres oraz adres e-mail (,,Dane Osobowe"). LAS-MED REHABILITACJA S.C. przetwarza Dane Osobowe w celu wykonania dla Pana/Pani usługi, pod warunkiem wyrażenia przez Pana/Panią odpowiedniej zgody, w celach określonych w punktach 1) - 2) poniżej.

Informujemy, że przysługuje Panu/Pani prawo dostępu do treści Danych Osobowych i ich poprawiania. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego. Wyrażenie przez Pana/Pani zgody na przetwarzanie Pana/Pani Danych Osobowych w celach określonych w punkcie 2) jest dobrowolne.

**Czy wyrażają Państwo zgodę na:**

1.wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych **na potrzeby** **realizacji usługi medycznej,**

Dane przetwarzane będą przez okres 20 lat

 Wyrażam zgodę

2.wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych **w celu informowania kanałem sms, pocztą e-mail o nadchodzących wizytach, wynikach badań, konsultacji medycznej,**

Dane przetwarzane będą przez okres 20 lat

 Wyrażam zgodę

 Nie wyrażam zgody

………………………………………

(Data/Czytelny podpis pacjenta )

**Oświadczenie Pacjenta:**

**Upoważnienie osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia Pacjenta i udzielonych świadczeniach zdrowotnych**

 Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych \*

 Osobą upoważnioną do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych jest \*:

1.………………………………………… …………………………………………

(Imię i nazwisko osoby upoważnionej) ( dane umożliwiające kontakt z tą osobą)

………………………………………… …………………………………………

 (Adres zamieszkania) (krewny/osoba obca)

2. ………………………………………… …………………………………………

(Imię i nazwisko osoby upoważnionej) ( dane umożliwiające kontakt z tą osobą)

………………………………………… …………………………………………

 (Adres zamieszkania) (krewny/osoba obca)

………………………………………

(Czytelny podpis pacjenta składającego oświadczenie)

\*właściwe zaznaczyć „X”

  ---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

 **Oświadczenie Pacjenta:**

**Upoważnienie dotyczące dokumentacji medycznej**

 Nie upoważniam nikogo do udostępnienia mojej dokumentacji medycznej

 Osobą upoważnioną do udostępnienia mojej dokumentacji medycznej

1.………………………………………… …………………………………………

(Imię i nazwisko osoby upoważnionej) (krewny/osoba obca)

2. ………………………………………… …………………………………………

(Imię i nazwisko osoby upoważnionej) (krewny/osoba obca)

………………………………………

(Czytelny podpis pacjenta składającego oświadczenie)

\*właściwe zaznaczyć „X”

**Podstawa prawna:** Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U.2015, poz. 2069)