

Imię i nazwisko pacjenta:.....

Adres zamieszkania:.....

Pesel:.....

- 1.1.** Upoważniam następujące osoby do otrzymania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielanych mi świadczeniach:

L.P.	Osoba upoważniona	Adres zamieszkania	Telefon kontaktowy

- 1.2** Nie upoważniam żadnych osób do otrzymania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach

- 2.1** Upoważniam następujące osoby do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby

L.P.	Osoba upoważniona	Adres zamieszkania	Telefon kontaktowy

- 2.2** Nie upoważniam żadnych osób do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby

- 3.** Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody na przesyłanie informacji medycznej na poniższy adres mailowy:

.....

- 4.** Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody na kontakt telefoniczny w sprawach związanych z realizowanymi świadczeniami medycznymi z wykorzystaniem numeru podanego w dokumentacji medycznej

Numer telefonu:.....

Niniejsze oświadczenie obowiązuje do odwołania / zmiany.

Data złożenia oświadczenia:.....

Podpis pacjenta:.....

W wypadku podania osób upoważnionych do otrzymywania informacji o stanie zdrowia oraz upoważnionych do otrzymywania dokumentacji medycznej, prosimy o poinformowanie tych osób o fakcie, że ich dane będą przetwarzane przez PRACOWNIĘ DOBREGO ZDROWIA BARTOSZ NIEDASZKOWSKI i że przysługują im wymienione poniżej prawa .

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest BARTOSZ NIEDASZKOWSKI prowadzący podmiot leczniczy PRACOWNIA DOBREGO ZDROWIA, UL. RACŁAWICKA 28, 02 – 601 WARSZAWA. Inspektorem Ochrony Danych osobowych jest Andrzej Peńsko, Tel. +48668906046. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji świadczeń medycznych w OŚRODKU REHABILITACJI NARZĄDU RUCHU YOGA MEDICA, na podstawie art. 9 ustęp 2h rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres zgodny z ustawą z dnia 06 listopada 2008 o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści Pani/Pana danych, prawo do ich sprostowania, wyrażenia sprzeciwu przeciw przetwarzaniu tych danych osobowych, prawo ograniczenia przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych. Posiada Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. Pani/Pana dane będą udostępniane podmiotom współpracującym z OŚRODKIEM REHABILITACJI NARZĄDU

RUCHU YOGA MEDICA, wyłącznie w celu realizacji świadczeń medycznych. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem udzielenia Pani/Pana świadczeń medycznych przez OŚRODEK REHABILITACJI NARZĄDU RUCHU YOGA MEDICA. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w systemach informatycznych obsługi pacjenta. OŚRODEK REHABILITACJI NARZĄDU RUCHU YOGA MEDICA nie stosuje zautomatyzowanych metod podejmowania decyzji, w tym profilowania.

INFORMUJEMY, ŻE W RECEPCJI OŚRODKA REHABILITACJI NARZĄDU RUCHU YOGA MEDICA DOSTĘPNE SĄ
PRAWA PACJENTA.
