

OŚWIADCZENIA<sup>1</sup> – ZGODA PACJENTA NA PRZYJĘCIE DO PLACÓWKI

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA	PESEL
IMIĘ I NAZWISKO RODZICA/PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (jeżeli dotyczy)	PESEL
ADRES ZAMIESZKANIA	TELEFON KONTAKTOWY
ADRES E-MAIL	

Ja, niżej podpisana/y wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania i udzielenie świadczeń zdrowotnych dla mnie/ dla mojego dziecka<sup>3</sup> w placówce Wizja V Sp. z o.o.

\_\_\_\_\_  
data, czytelny podpis dziecka powyżej 16 r.ż.<sup>2</sup>

\_\_\_\_\_  
data, czytelny podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego<sup>3</sup>

**Upoważniam**

Panią/Pana \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_

zamieszkałą/ego w \_\_\_\_\_ ul. \_\_\_\_\_

**do otrzymywania informacji o moim/mojego dziecka<sup>3</sup> stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.**

**Nie upoważniam nikogo** do otrzymywania informacji o moim/mojego dziecka<sup>3</sup> stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

**Sprzeciwiam się**  **Nie sprzeciwiam się** ujawnieniu informacji osobie bliskiej o moim/mojego dziecka<sup>3</sup> stanie zdrowia po mojej/mojego dziecka<sup>3</sup> śmierci.

\_\_\_\_\_  
data, czytelny podpis dziecka powyżej 16 r.ż.<sup>2</sup>

\_\_\_\_\_  
data, czytelny podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego<sup>3</sup>

**Upoważniam**

Panią/Pana \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_

zamieszkałą/ego w \_\_\_\_\_ ul. \_\_\_\_\_

**do uzyskania dostępu do mojej/mojego dziecka<sup>3</sup> dokumentacji medycznej.**

**Nie upoważniam nikogo** do uzyskania dostępu do mojej/mojego dziecka<sup>3</sup> dokumentacji medycznej.

**Sprzeciwiam się**  **Nie sprzeciwiam się** udostępnieniu osobie bliskiej mojej/mojego dziecka<sup>3</sup> dokumentacji medycznej po mojej/mojego dziecka<sup>3</sup> śmierci.

\_\_\_\_\_  
data, czytelny podpis dziecka powyżej r.ż.<sup>2</sup>

\_\_\_\_\_  
data, czytelny podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego<sup>3</sup>

Ja, niżej podpisana/hy wyrażam zgodnie z art. 7 ust. 2 Roporzędzenia Parlamentu Europejskiego i rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO<sup>4</sup> wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez Wizja V Sp. z o.o. z siedzibą w Łodzi przy ul. Św. Teresy od Dzieciątka Jezus 92 lok. 3 w celu:

otrzymywania za pośrednictwem telefonii komórkowej informacji dotyczącej planowanego badania

otrzymywania wyników drogą elektroniczną na adres e-mail

**Podanie numeru telefonu oraz adresu e-mail jest niezbędne do przesłania wyników badań oraz informacji o badaniu drogą elektroniczną.**

otrzymywanie za pośrednictwem poczty elektronicznej oraz telefonii komórkowej informacji medycznej o działalności Wizja V Sp. z o.o.

\_\_\_\_\_  
data, czytelny podpis dziecka powyżej 16 r.ż.<sup>2</sup>

\_\_\_\_\_  
data, czytelny podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego<sup>3</sup>

#### KLAUZULA INFORMACYJNA

W wykonaniu art. 13 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) uprzejmie informuję, iż:

Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Wizja V sp. z o.o. z siedzibą w Łodzi, ul. Św. Teresy od Dzieciątka Jezus 92 /3, 91- 341 Łódź, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Łodzi – Śródmieścia w Łodzi, XX Wydział Gospodarczy pod numerem KRS: 0000273501, NIP: 7251936317, REGON: 1003023470, tel. 500 296 598, e- mail: sekretariat@wizjav.pl, zwaną dalej Administratorem.

W celu należytej ochrony danych osobowych Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym można się skontaktować – listownie na adres Administratora lub za pośrednictwem poczty e-mail: iod@wizjav.pl;

Pani/Pana Dane osobowe podane na potrzeby świadczenia usług medycznych w postaci:

· dane identyfikacyjne; · dane adresowe/kontaktowe; · dane medyczne;

są lub będą przetwarzane w celu:

· świadczenia usług medycznych.

Podstawą przetwarzania powyższych danych jest m.in. ustawa o Ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta a także art. 6 ust. 1 lit. b RODO, art. 6 ust. 1 lit. c RODO<sup>4</sup>, art. 6 ust. 1 lit. d RODO<sup>4</sup>.

Dane udzielone na podstawie zgody na przetwarzanie danych osobowych będą przetwarzane zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a RODO<sup>4</sup> w celu:

· przesyłania wyników badań, otrzymywania informacji dot. planowanego badania oraz jego dostępności opisu po wykonaniu badania.

Pani/Pana dane osobowe mogą zostać przekazane uprawnionym instytucjom określonym przez przepisy prawa oraz podmiotom przetwarzającym, które świadczą usługi na rzecz Administratora danych i którym te dane są powierzane np. podmiotom świadczącym usługi prawne, IT, przy czym udostępnienie danych każdorazowo będzie ograniczone do niezbędnego zakresu.

Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.

Dane osobowe będą przechowywane przez okres 20 lat od daty zakończenia świadczenia usług medycznych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa bądź do czasu wycofania wyrażonej zgody, gdy taka jest wymagana.

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do danych osobowych, prawo do żądania poprawienia, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania tych danych, prawo do przenoszenia danych oraz prawo wniesienia sprzeciwu przeciwko przetwarzaniu danych, bez podania przyczyny jest Pan/Pani uprawniona do wniesienia sprzeciwu, gdy dane wykorzystywane są do celów marketingu bezpośredniego.

W dowolnym momencie ma Pani/Pan prawo cofnąć udzieloną zgodę, co pozostanie jednak bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Jest Pani/Pan uprawniony do wniesienia skargi do organu nadzoru, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy.

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest niezbędne do świadczenia usług medycznych lub innych usług świadczonych przez Administratora występujących w związku ze świadczeniem usług medycznych.

Dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

\_\_\_\_\_  
data, czytelny podpis dziecka powyżej 16 r.ż.<sup>2</sup>

\_\_\_\_\_  
data, czytelny podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego<sup>3</sup>

## UWAGA! Wypełnić tylko w przypadku cofania nadanych upoważnień w zakresie zgody RODO<sup>4</sup>!

Cofam wskazane powyżej upoważnienie/a z dniem \_\_\_\_\_ .<sup>4</sup>

\_\_\_\_\_  
data, czytelny podpis dziecka powyżej 16 r.ż.<sup>2</sup>

\_\_\_\_\_  
data, czytelny podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego<sup>3</sup>

#### Legenda:

<sup>1</sup> Oświadczenia – zgodę pacjenta na przyjęcie do Poradni wypełnia wyłącznie pacjent lub przedstawiciel ustawowy.

<sup>2</sup> Jeżeli pacjent ukończył 16 lat a nie ma skończonych 18 informacja powinna być podwójna tj. adresowana do pacjenta i jego przedstawiciela ustawowego.

<sup>3</sup> niepotrzebne skreślić linią poziomą \_\_\_\_\_

<sup>4</sup> Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 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).

wstaw znak „X” we właściwym miejscu.

**Osoba bliska** – małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta.