


**Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii
im. M. Kopernika w Łodzi**

Łódź 93-513, ul. Pabianicka 62, kod identyfikacyjny Centrum: 000000004373

OŚWIADCZENIA* – ZGODA PACJENTA NA PRZYJĘCIE DO PORADNI

Imię i nazwisko pacjenta	PESEL										
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										
Imię i nazwisko rodzica/ przedstawiciela ustawowego (jeżeli dotyczy)											
Adres zamieszkania:	Tel. kontaktowy										
Adres korespondencyjny (jeżeli inny niż adres zamieszkania)	Adres e-mail										

☐ **Upoważniam:**

1. Panią/Pana
zamieszkałą/ego w ul. nr ..., tel.

2. Panią/Pana
zamieszkałą/ego w ul. nr ..., tel.

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

☐ **Nie upoważniam nikogo** do otrzymywania informacji o moim/mojego dziecka*** stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

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

.....
podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego***

.....
czytelny podpis dziecka powyżej 16 r.ż. **

☐ **Upoważniam:**

1. Panią/Pana
zamieszkałą/ego w ul. nr ..., tel.

2. Panią/Pana
zamieszkałą/ego w ul. nr ..., tel.

do uzyskania dostępu do mojej /mojego dziecka * dokumentacji medycznej.**

☐ **Nie upoważniam nikogo** do uzyskania dostępu do mojej dokumentacji medycznej.

☐ **Sprzeciwiam się** ☐ **Nie sprzeciwiam się** udostępnieniu osobie bliskiej mojej/mojego dziecka*** dokumentacji medycznej po mojej/mojego dziecka*** śmierci.

.....
podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego***

.....
czytelny podpis dziecka powyżej 16 r.ż. **

☐ **Upoważniam:**

Panią/Pana
 zamieszkałą/ego w ul. nr ..., tel.
do odbioru recept i/lub zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne niezbędnych do kontynuacji leczenia i/lub kontynuacji zaopatrzenia w wyroby medyczne.

.....
czytelny podpis dziecka powyżej 16 r.ż. **.....
podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego*****lub**

☐ Oświadczam, że wystawiane dla mnie recepty i/lub zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne niezbędne do kontynuacji leczenia i/lub kontynuacji zaopatrzenia w wyroby medyczne mogą być odbierane przez osoby trzecie bez szczegółowego określania tych osób.

.....
czytelny podpis dziecka powyżej 16 r.ż. **.....
podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego*****KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych Pacjentów jest Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi, adres: ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa/ Państwa dziecka danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@kopernik.lodz.pl
3. Administrator będzie przetwarzał dane osobowe Pacjentów w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze oraz w celu zapewnienia opieki zdrowotnej.

Dokładna podstawa prawna:

- a. dane niezbędne do ustalenia tożsamości Pacjenta przed udzieleniem świadczenia, w szczególności poprzez zgłoszenie do objęcia opieką medyczną, weryfikację danych podczas umawiania wizyty na stanowiskach recepcyjnych, czy w gabinecie lekarskim - Administrator przetwarza na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) oraz art. 9 ust. 2 lit. h) RODO w zw. z art. 25 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
- b. dane zawarte w dokumentacji medycznej Pacjenta - Administrator przetwarza na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h) RODO w zw. z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
- c. dane zebrane celem realizacji praw Pacjenta zawarte np. w odbieranych i archiwizowanych oświadczeniach, w których Pacjent upoważnia inne osoby do dostępu do dokumentacji medycznej oraz wyraża zgodę na udzielanie im informacji o stanie zdrowia Pacjenta - Administrator przetwarza na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w zw. z art. 9 ust. 3 oraz art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
4. Dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także:
 - a. innym podmiotom leczniczym oraz laboratorium zewnętrznym, współpracującym z Administratorem w celu zapewnienia ciągłości leczenia oraz dostępności opieki zdrowotnej,
 - b. podmiotom, z którymi Administrator zawarł umowę w związku z realizacją usług zaopatrujących Administratora w rozwiązania techniczne oraz organizacyjne, umożliwiające udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz zarządzanie organizacją Administratora, w szczególności dostawcom usług teleinformatycznych, dostawcom sprzętu diagnostycznego oraz firmom kurierskim i pocztowym,
 - c. dostawcom usług prawnych i doradczych oraz wspierających Administratora w dochodzeniu należnych roszczeń, w szczególności kancelariom prawnym oraz zewnętrznym audytorom.
5. Administrator nie zamierza przekazywać Państwa/ Państwa dziecka danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
6. Mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich/ Państwa dziecka danych osobowych w siedzibie Administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

1. Dane osobowe Pacjentów zawarte w dokumentacji medycznej będą przechowywane zgodnie z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tj. przez okres 20 lat od dnia dokonania w niej ostatniego wpisu z wyjątkami przewidzianymi w ww. ustawie.
2. Pacjentom przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia niektórych danych np. numeru telefonu oraz danych, których minął okres przechowywania. Dodatkowo Pacjentowi przysługuje prawo ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
3. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Administrator jako podmiot leczniczy jest zobowiązany 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 wizyty, czy odmową udzielenia świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej.
4. Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa/ Państwa dziecka dane osobowe.

Ponadto:

1. Na terenie placówki obowiązuje całkowity zakaz palenia tytoniu, spożywania alkoholu oraz używania środków odurzających.
2. Mają Państwo prawo do zmiany osoby/ osób upoważnionej/-ych powyżej****.

.....
czytelny podpis dziecka powyżej 16 r.ż. **.....
podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego*****U W A G A! Wypełnić tylko w przypadku cofania nadanych upoważnień!!!**

Cofam wskazane powyżej upoważnienie/a z dniem ****

.....
czytelny podpis dziecka powyżej 16 r.ż. **.....
podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego*****Legenda:**

* Oświadczenia – zgodę pacjenta na przyjęcie do Poradni wypełnia wyłącznie pacjent lub przedstawiciel ustawowy.

** Jeżeli pacjent ukończył 16 lat a nie ma skończonych 18 informacja powinna być podwójna tj. adresowana do pacjenta i jego przedstawiciela ustawowego.

*** - niepotrzebne skreślić linią poziomą

**** W przypadku cofnięcia wskazanych upoważnień niniejsze oświadczenie traci ważności i pacjent wypełnia nowe oświadczenia zgodnie ze swoją wolą.

☐ - 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.

Obowiązuje od 15.05.2019