



Воеводский высокоспециализированный центр онкологии и травматологии им. М. Коперника в г. Лодзь г. Лодзь, 93-513, ул. Пабыяницка № 62, идентификационный код Больницы: 000000004373

Заявление – согласие пациента на госпитализацию в Больнице*

Имя и фамилия пациента	Персональный номер PESEL/ИНН
Имя и фамилия родителя / законного представителя (относится к пациентам до 18 лет)	
Адрес проживания:	Контактный телефон
Адрес для переписки (если отличается от адреса проживания):	E-mail

☐ Даю согласие на лечение и госпитализацию.

☐ Не даю согласия на лечение и госпитализацию Мне разъяснены возможные нежелательные последствия отказа от медицинского вмешательства и госпитализации для моего здоровья и жизни/ для здоровья и жизни моего ребенка***.

.....
подпись пациента/ законного представителя***

.....
разборчивая подпись ребенка старше 16 лет**

☐ **Доверяю:**

1.
(Ф.И.О. доверенного лица)
Проживающей/-ему в, ул., №....., тел.
получать сведения о моем/моего ребенка* состоянии здоровья и оказанных медицинских услугах.**

2.
(Ф.И.О. доверенного лица)
Проживающей/-ему в, ул., №....., тел.
получать сведения о моем/ моего ребенка* состоянии здоровья и оказанных медицинских услугах.**

☐ Никому не доверяю получать сведения о моем/ моего ребенка***состоянии здоровья и оказанных медицинских услугах.

☐ **Не выражаю согласия** ☐ **Выражаю согласие на то**, чтобы близким лицам предоставлялась информация о моем/ моего ребенка состоянии здоровья*** состоянии здоровья после моей/ моего ребенка*** смерти.

.....
подпись пациента/ законного представителя***

.....
разборчивая подпись ребенка старше 16 лет**

☐ **Доверяю:**

1.
(Ф.И.О. доверенного лица)
Проживающей/-ему в, ул., №....., тел.
получить возможность доступа к моей медицинской документации.

2.
(Ф.И.О. доверенного лица)
Проживающей/-ему в, ул., №....., тел.
получить возможность доступа к моей медицинской документации.

☐ Никому не доверяю получить возможность доступа к моей медицинской документации.

☐ **Не выражаю согласия** ☐ **Выражаю согласие на то**, чтобы близким лицам предоставлялась моя/ моего ребенка медицинская документация после моей/ моего ребенка*** смерти.

.....
подпись пациента/ законного представителя***

.....
разборчивая подпись ребенка старше 16 лет**

РАЗЪЯСНЕНИЕ

Согласно ст. 13 абз. 1 Общего распоряжения о защите данных (RODO) сообщаем, что:

1. Администратором персональных данных Пациентов является Воеводский многопрофильный центр онкологии и травматологии им. М. Коперника в Лодзи, адрес: ул. Пабяница 62, 93-513 Лодзь.
2. Администратор назначил Инспектора защиты данных, с которым вы можете связаться по поводу обработки ваших/вашего ребенка персональных данных по электронной почте: **iod@kopernik.lodz.pl**
3. Администратор будет обрабатывать персональные данные Пациентов для выполнения юридического обязательства, возложенного на администратора, а также с целью обеспечения защиты здоровья.

Подробное правовое основание:

- а. данные, необходимые для определения личности Пациента перед предоставлением ему услуг, особенно при подаче заявления на медицинское обслуживание, проверке данных при записи на прием в рецепшине либо в кабинете врача – обрабатываются Администратором на основании ст. 6 абз. 1 буква. ц) и ст. 9 абз. 2 лит. х) RODO в св. со ст. 25 п. 1 закона от 6 ноября 2008 г. о правах пациента и Защитнике прав пациента,
- б. данные, содержащиеся в медицинской документации Пациента – обрабатываются Администратором на основании ст. 9 абз. 2 лит. h) RODO в св. со ст. 24 абз. 1 закона от 6 ноября 2008 г. о правах пациента и Защитнике прав пациента,
- в. данные, собранные с целью реализации прав Пациента, содержащиеся, например, в получаемых и архивизируемых заявлениях, в которых Пациент уполномочивает других лиц на доступ к медицинской документации и дает согласие на предоставление им информации о состоянии здоровья Пациента – обрабатываются Администратором на основании ст. 6 абз. 1 лит. c) RODO в св. со ст. 9 абз. 3 и ст. 26 абз. 1 закона от 6 ноября 2008 г. о правах пациента и Защитнике прав пациента,
4. Персональные данные могут передаваться другим уполномоченным субъектам, согласно законодательству, а также:
 - а) другим медицинским учреждениям и другим внешним лабораториям, которые сотрудничают с Администратором для обеспечения непрерывности лечения и доступа к защите здоровья,
 - б) субъектам, с которыми Администратор заключил договор в связи с реализацией услуг, связанных с техническим и организационным обеспечением, предоставляющим возможность ведения медицинских услуг и управление организацией Администратора, особенно поставщикам телекоммуникационных и компьютерных услуг, поставщикам диагностического оборудования и курьерским и почтовым компаниям,
 - в) поставщикам юридических и консультационных услуг, а также поддерживающих Администратора при получении востребования, особенно юридическим компаниям и внутренним аудиторам.
5. Администратор не намеревается передавать ваших/вашего ребенка персональных данных третьей стране либо международной организации.
6. Вы вправе получить копию своих/вашего ребенка персональных данных в местонахождении Администратора.

Дополнительно, согласно ст. 13 поз.2 RODO сообщаем, что:

1. Персональные данные Пациентов, содержащиеся в медицинской документации, будут храниться согласно ст. 29 закона от 6 ноября 2008 г. о правах Пациента и Защитнике прав пациента, т.е. 20 лет со дня введения в документацию последней записи, с исключениями, предусмотренными в вышеупомянутом законе.
2. Пациенты имеют право доступа к содержанию своих данных, их опровержению, удалению некоторых данных, на пример номера телефона и данных, срок хранения которых истек. Дополнительно Пациент имеет право ограничения обработки, а также право подачи жалобы в надзирающий орган, т.е. Председателю управления защиты персональных данных.
3. Предоставление персональных данных является требованием, установленным законом. Администратор, как субъект медицинских услуг, обязан вести медицинскую документацию согласно законодательству, в том числе устанавливать личность Пациента с использованием его персональных данных. Отказ в предоставлении данных может привести к отказу записи на прием или отказу в предоставлении медицинских услуг.
4. Администратор не принимает решений в автоматическом режиме на основании ваших/вашего ребенка персональных данных.

Кроме того:

1. Вы имеете право хранить ценные вещи в депозите.
2. За оставленные в депозите ценные вещи больница ответственности не несет.
3. После окончания лечения вы обязаны немедленно забрать свои вещи из депозита и/или склада.
4. На территории учреждения запрещено курение, употребление алкоголя и наркотических средств.
5. Вы имеете право изменить лицо/лица уполномоченные выше****

ВНИМАНИЕ! Заполнить только в случае отзыва доверенности!

Заявляю, что данная доверенность является недействительной от.....****.

(указать дату)

.....
подпись пациента/ законного представителя***

.....
разборчивая подпись ребенка старше 16 лет**

Объяснения:

* Заявление-согласие пациента на прием в Центр заполняет только пациент или законный представитель.

** Если пациенту исполнилось 16 лет но не 18 информация должна быть двойной, т.е. для пациента и для его законного представителя

***----- - ненужное зачеркнуть горизонтальной линией

**** В случае отзыва указанной доверенности настоящее заявление становится недействительным и пациент заполняет новое заявление согласно его волеизъявлению.

☐ - поставь знак «X» в соответствующем месте.

Близкое лицо – муж, жена, родственник до второй степени либо свояк до второй степени по прямой линии, законный представитель, партнер либо лицо, указанное Пациентом.

Действует с: 15.05.2019