

KARTA PACJENTA/PACJENTKI

IMIĘ																			
NAZWISKO																			
PESEL																			

ADRES

ULICA																			
ULICA CD.																			
KOD POCZTOWY						-													
MIEJSCOWOŚĆ																			
KRAJ																			

DANE KONTAKTOWE

NR TELEFONU																			
E – MAIL																			
E – MAIL CD.																			

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez klinikę Wyspa Medycyny Przyjaznej Sp. z o. o. spółka komandytowa, reprezentowaną przez Piotra Raka (administrator danych), zgodnie z **Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018 r. Poz. 1000)** i tym samym zgodnie z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego 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) **w celu wykonania usługi.**

.....
Czytelny podpis Pacjenta/Pacjentki

Dotyczy dziecka:

Ja niżej podpisana/ podpisany oświadczam, że jestem rodzicem/ opiekunem prawnym dziecka (imię i nazwisko dziecka)..... (PESEL dziecka)..... i wyrażam zgodę na przetwarzanie wyżej wymienionych danych osobowych dziecka przez klinikę Wyspa Medycyny Przyjaznej Sp. z o. o. spółka komandytowa, reprezentowaną przez Piotra Raka (administrator danych), **do celów ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych lub leczenia pacjentów przez osoby trudniące się zawodowo leczeniem.**

.....
Czytelny podpis Rodzica/ Opiekuna prawnego

Zgoda marketingowa

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez klinikę Wyspa Medycyny Przyjaznej Sp. z o. o. spółka komandytowa, reprezentowaną przez Piotra Raka (administrator danych), zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018 r. Poz. 1000) **w celach marketingowych związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych przez podmiot leczniczy.**

.....
Czytelny podpis Pacjenta/Pacjentki

Zgoda na wykonanie fotografii

Wyrażam zgodę na wykonanie fotografii ciała **w celu oceny efektywności zabiegu.**

.....
Czytelny podpis Pacjenta/Pacjentki

Udzielanie informacji o stanie zdrowia

Upoważniam

Pana/Panią; data ur.:

do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniach.

..Gdańsk.....
miejsowość, data
czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

Oświadczam, że nie upoważniam nikogo do otrzymania informacji w powyższym zakresie.

..Gdańsk.....
miejsowość, data
czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

Udostępnianie dokumentacji medycznej

Upoważniam

Pana/Panią; data ur.:

do wglądu i dostępu do mojej dokumentacji medycznej.

..Gdańsk.....
miejsowość, data
czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

Oświadczam, że nie upoważniam nikogo do dostępu do mojej dokumentacji medycznej **za życia.**

..Gdańsk.....
miejsowość, data
czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

Oświadczam, że nie upoważniam nikogo do dostępu do mojej dokumentacji medycznej **po śmierci**

..Gdańsk.....
miejsowość, data
czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

KLAUZULA INFORMACYJNA

W związku z rozpoczęciem obowiązywania z dniem 25 maja 2018 r. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego 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), informuję Panią/Pana, że:

• Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wyspa Medycyny Przyjaznej Sp. z o. o. spółka komandytowa z siedzibą w Gdańsku, ul. Toruńska 15 lok. AU1, 80 – 747 Gdańsk, reprezentowana przez Piotra Raka. Z

Administratorem danych osobowych można skontaktować się pod adresem e-mail:

kontakt@wyspamedycynyprzyjaznej.pl;

• Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i kosmetycznych w tym prowadzenia dokumentacji medycznej, kosmetycznej oraz zarządzania procesem udzielania świadczeń na podstawie:

- Art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO w zw. z art. 25 pkt 1 ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw

Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 oraz art. 10 ust. 1 pkt 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r.

w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania w celu ustalenia tożsamości przed udzieleniem świadczenia, w szczególności weryfikację danych podczas telefonicznego i osobistego umawiania wizyty.

- Art. 3 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej z 15 kwietnia 2011 w celu udzielania świadczeń zdrowotnych.

- Art. 9 ust. 2 lit. h RODO w zw. z art. 24 ust. 1 ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania w celu prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej.

- Art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zw. z art. 9 ust. 3 oraz art. 26 ust. 1 ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 oraz art. 8 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w

sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania w celu odbierania i archiwizowania upoważnienia dostępu do dokumentacji medycznej oraz udzielania informacji o stanie zdrowia.

- Art. 6 ust. 1 lit. f RODO w celu realizacji prawnie uzasadnionych interesów Administratora w szczególności telefonicznego potwierdzenia lub odwołania wizyty.

- Art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zw. z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości w celu przetwarzania dokumentacji księgowo – podatkowej w tym: prowadzenie ksiąg rachunkowych, wystawianie rachunków za wykonane usługi co może wiązać się z koniecznością przetwarzania danych osobowych.

- Art. 6 ust. 1 lit. f RODO w celu dochodzenia roszczeń względem Administratora oraz dochodzenia i ochrony przed roszczeniami Administratora, przy czym uzasadniony interes Administratora oraz Pani/Pana wynikają z innych przepisów prawa (m. in. kodeks cywilny);

• Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych i kosmetycznych w tym prowadzenia dokumentacji medycznej, kosmetycznej oraz zarządzania procesem udzielania świadczeń. Podanie numeru telefonu, adresu e mail jest dobrowolne a jego niepodanie będzie skutkowało brakiem możliwości odwołania wizyty w sytuacjach tego wymagających;

• Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są również w celu marketingowym – tylko na podstawie wyrażonej przez Panią/Pana dodatkowej zgody. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. a) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych (zgoda osoby, której dane dotyczą). Wyrażenie zgody na przetwarzanie Pani/Pana danych jest dobrowolne. Niewyrażenie zgody nie ma wpływu na realizację usług i ich jakość. Ma Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Zgodę może Pani/Pan odwołać w formie pisemnej wysłanej na adres siedziby Administratora lub mu bezpośrednio doręczonej. Podanie przez Panią/Pana danych jest dobrowolne. Konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości otrzymywania przez Panią/Pana informacji handlowych.

• Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, w tym poprawiania i uzupełniania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych;

• Dane będą przechowywane przez wymagany przepisami prawa okres przechowywania dokumentacji medycznej (co najmniej 20 lat) i dokumentacji księgowo podatkowej (5 lat) oraz okres przedawnienia roszczeń wynikający z kodeksu cywilnego; w przypadku przetwarzania w celu marketingowym do momentu odwołania przez Panią/Pana zgody;

• Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być podmioty przetwarzające dane osobowe na zlecenie Administratora: dostawcy usług IT, prawnych, księgowych, doradczych, kurierskich i pocztowych, medycznych;

• Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą poddawane profilowaniu;

• Pani/Pana dane nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy ani udostępniane organizacjom międzynarodowym;

Potwierdzam zapoznanie się z Klauzulą informacyjną

.....
Czytelny podpis Pacjentki/Pacjenta