



OŚWIADCZENIE PACJENTA DOTYCZĄCE OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH.

Upoważnienie dotyczące uzyskania informacji o stanie zdrowia pacjenta i udzielenie świadczeń diagnostyczno – terapeutycznych/logopedycznych/surdologopedycznych/.

Ja niżej podpisana/y,
zamieszkały w,
ul.,
PESEL/NIP,
Adres e-mail.....
Telefon kontaktowy.....

Oświadczam, że upoważnienie dotyczy:

MNIE*

MOJEGO (BĘDĄCEGO POD MOJĄ OPIEKĄ)* DZIECKA*

CHOROBY (proszę wpisać)

.....
.....
.....

REGULARNIE ZAŻYWANE LEKI:

.....
.....
.....

DOTYCHCZASOWE KONSULTACJE/TERAPIE SPECJALISTYCZNE:

.....
.....
.....

UWAGA!

Wszystkie w/w informacje podlegają obowiązkowi tajemnicy lekarskiej/terapeuty i ochronie danych osobowych.

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są przeze mnie zrozumiałe, zgodne ze stanem faktycznym oraz:

*

* Podkreśl odpowiednią odpowiedź

TAK NIE

Wyrażam zgodę na udzielenie świadczeń diagnostycznych/terapeutycznych/zdrowotnych/telemedycznych oraz przeprowadzanie niezbędnych badań w pełnym zakresie.

TAK NIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez firmę Jowej Logopeda Mobilny Edyta Stańczyk moich danych osobowych w celu ustalenia mojej tożsamości przed udzieleniem świadczenia diagnostycznego i terapeutycznego (logopedycznego/surdologopedycznego).

TAK NIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie prowadzenia i przechowywania mojej dokumentacji medycznej przez Administratora danych.

TAK NIE

Wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych osobowych w bazie Administratora w celu odbierania i archiwizowania moich oświadczeń woli dla realizacji praw pacjenta, a także efektywnego zarządzania udzielanymi świadczeniami i dostosowania ich do potrzeb pacjenta.

Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych:

TAK NIE

Podmiotom leczniczym/terapeutycznym współpracującym z Administratorem w celu zapewnienia ciągłości terapii oraz dostępności świadczeń zdrowotnych/terapeutycznych.

TAK NIE

Dostawcom usług zaopatrujących Administratora w rozwiązania techniczne umożliwiające udzielenie świadczeń terapeutycznych oraz zarządzanie organizacją Administratora (w szczególności dostawcy usług teleinformatycznych, telemedycznych, dostawcy sprzętu diagnostycznego, terapeutycznego).

TAK NIE

Specjalistom (lekarzom, terapeutom, psychologom, pedagogom, nauczycielom, rehabilitantom, inżynierom dźwięku) współpracującym w trakcie trwania terapii z firmą Jowej Logopeda Mobilny Edyta Stańczyk.

TAK NIE

Poczcie Polskiej S.A. i firmom kurierskim w przypadku wysyłania korespondencji i nadawania przesyłek.

TAK NIE

Wyrażam zgodę na kontakt w celu informowania mnie o zarezerwowanych wizytach diagnostycznych i terapeutycznych, potwierdzaniu tych wizyt, ich odwołania lub innych sprawach związanych z realizacją świadczeń terapeutycznych/zdrowotnych na podany adres e-mailowy lub numer telefonu na telekomunikacyjne urządzenie końcowe, np. telefon, tablet, komputer.

* Podkreśl odpowiednią odpowiedź

TAK NIE

Wyrażam zgodę na omawianie i przedstawianie całego procesu terapii/leczenia/rehabilitacji przez wszystkich specjalistów zaangażowanych w przebieg terapii/leczenia/rehabilitacji.

TAK NIE

Wyrażam zgodę na przysyłanie informacji o promocjach i nowych usługach drogą elektroniczną oraz wysyłanie życzeń świątecznych zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. Z 2002 r. Nr 144, poz. 1204 z późn. zm.).

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) Parlamentu Europejskiego i Rady UE, informuję, iż:

Administratorem Państwa danych osobowych jest firma Jowej Logopeda Mobilny Edyta Stańczyk z siedzibą w Gdańsku, ul. Kazimierza Porębskiego 29/9, 80 – 180 Gdańsk, e-mail edyta.logopeda@gmail.com,

1/ Pani/Pana/Dziecka dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji umowy/usługi zawartych pomiędzy Administratorem Danych a Pacjentem – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. A,b,c,f, art 9 ust 2 lit h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 zwanym w skrócie RODO.

2/ Odbiorcami Pani/Pana/Dziecka danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz uczestniczące w realizacji świadczeń terapeutycznych/zdrowotnych wymienione w **Obowiązku Informacyjnym**.

3/ Pani/Pana/Dziecka dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji umowy usługi/świadczenia, a po ich wykonaniu przez okres wymagany obowiązkami nałożonymi na administratora przepisami prawa. W zakresie wyrażonej zgody na przetwarzanie danych osobowych dane będą przechowywane do czasu cofnięcia zgody lub zaprzestania działalności, której zgoda dotyczy.

4/ Posiada Pani/Pan pełne prawo do żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do sprzeciwu wobec przetwarzania danych.

5/ Posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, na adres Administratora.

6/ Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.

* Podkreśl odpowiednią odpowiedź

7/ Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże odmowa podania danych może skutkować odmową realizacji usługi.

Data i podpis

* Podkreśl odpowiednią odpowiedź