

FORMULARZ DANYCH OSOBOWYCH PACJENTA

| | |
|--|--|
| IMIĘ I DRUGIE IMIĘ | |
| NAZWISKO | |
| PESEL | |
| DATA URODZENIA | |
| NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI* (dotyczy w przypadku, gdy pacjent nie posiada numeru PESEL) | |
| KOD POCZTOWY I MIEJSCOWOŚĆ | |
| ULICA I NUMER DOMU/MIESZKANIA | |
| TELEFON | |
| ADRES E-MAIL | |
| PRZYJMOWANE LEKI | |
| WYSTĘPUJĄCE CHOROBY | |
| INNE INFORMACJE | |

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO – dotyczy pacjentów małoletnich i ubezwłasnowolnionych całkowicie

| | |
|--|--|
| IMIĘ I DRUGIE IMIĘ | |
| NAZWISKO | |
| PESEL | |
| DATA URODZENIA | |
| NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI* (dotyczy w przypadku, gdy pacjent nie posiada numeru PESEL) | |
| STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA | |
| KOD POCZTOWY I MIEJSCOWOŚĆ | |
| ULICA I NUMER DOMU/MIESZKANIA | |
| TELEFON | |
| ADRES E-MAIL | |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, a w szczególności numeru telefonu i adresu e-mail, w celu przekazywania informacji dotyczących procesu leczenia np. informacji o zbliżających się i odwołanych wizytach. Oświadczam, że zapoznałem się z informacjami dotyczącymi przetwarzania danych osobowych, znajdującymi się na odwrocie i akceptuję je. Potwierdzam, że Administrator przekazał mi wszystkie informacje dotyczące gromadzenia moich danych osobowych. **(udzielenie zgody jest konieczne do realizacji usług medycznych)**

Data oraz czytelny podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Administratora, w celu przekazywania mi drogą elektroniczną (telefon, e-mail, wiadomość tekstowa) informacji marketingowych oraz promocji usług i produktów własnych.

Data oraz czytelny podpis

Klauzula informacyjna

Podobnie jak troska o Państwa zdrowie, tak i bezpieczeństwo Państwa danych osobowych jest dla nas priorytetem, dlatego, zgodnie z art. 13 ust. 1 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 (dalej zwane RODO), informujemy, że:

- 1) Administratorem Państwa danych osobowych jest lek. med. Ewa Paszkiewicz – Juszcak, prowadząca działalność gospodarczą pod firmą Gabinety Medyczne Twój Doktor Gabinet Ginekologiczno – Położniczy Lek. Med. Ewa Paszkiewicz Juszcak, z siedzibą w Gdańsku, ul. Oliwkowa 35, 80-175 Gdańsk, NIP: 5831882399, REGON: 191280304.
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo skontaktować za pośrednictwem poczty elektronicznej, pod adresem: daneosobowe@twojdoktor.eu.
- 3) Państwa dane osobowe, w tym dane medyczne są przetwarzane na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h RODO tj. w celu zapewnienia opieki zdrowotnej, co wynika z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. W przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych oraz promocyjnych lub/i przesłania informacji handlowych produktów własnych i usług drogą elektroniczną lub/i telefoniczną (dalej zgoda marketingowa) podstawą prawną przetwarzania jest art. 6 ust. 1 lit. a RODO.
- 4) Państwa dane osobowe są zbierane i przetwarzane w celu: udzielenia świadczeń medycznych, w tym prowadzenia dokumentacji medycznej, profilaktyki zdrowotnej, postawienia diagnozy medycznej, realizacji praw pacjenta, w tym do wyznaczenia osoby upoważnionej do odbioru dokumentacji medycznej pacjenta, kontaktu z pacjentem. W przypadku wyrażenia zgody – w celu prowadzenia działań marketingowych związanych ze świadczonymi usługami, w tym wysyłania ofert i informacji o usługach.
- 5) Państwa dane osobowe mogą zostać udostępnione do przetwarzania na podstawie szczegółowego upoważnienia min: pracownikom i współpracownikom Gabinetów Medycznych Twój Doktor, innym podmiotom leczniczym w celu zapewnienia ciągłości leczenia oraz dostępności świadczeń, podmiotom zajmującym się obsługą prawną i księgową.
- 6) Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.
- 7) Państwa dane osobowe są przechowywane przez okres świadczenia usług lub do momentu cofnięcia przez Państwa zgody na ich przetwarzanie, za wyjątkiem dokumentacji medycznej, która jest przechowywana przez okres wynikający z przepisów prawa tj. art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
- 8) Dane osobowe, które są częścią dokumentacji medycznej i nie mogą być usunięte przez Administratora to: nazwisko i imię (imiona), data urodzenia, oznaczenie płci, adres miejsca zamieszkania, numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka PESEL matki, a w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona przedstawiciela ustawowego oraz adres jego zamieszkania, a także dane o przeszłym, obecnym lub przyszłym stanie fizycznym, psychicznym zdrowia, w tym dane genetyczne.
- 9) Podanie przez Państwa danych osobowych jest dobrowolne, lecz ich niepodanie uniemożliwi świadczenie usług medycznych. Niepodanie przez Państwa adresu poczty elektronicznej oraz numeru telefonu może utrudnić przekazywanie na bieżąco informacji dotyczących procesu leczenia i realizowania wizyt.
- 10) Mają Państwo prawo cofnąć zgodę na przetwarzanie adresu poczty elektronicznej i numeru telefonu, a także zgody marketingowej w dowolnym momencie i nie ma ono wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługują Państwu następujące prawa: prawo dostępu do własnych danych osobowych, do ich sprostowania, do ich usunięcia, do żądania ograniczenia ich przetwarzania, do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych, do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, do wycofania zgody w dowolnym momencie, do przenoszenia danych osobowych. Żądanie należy zgłosić w formie pisemnej bezpośrednio w Gabinetach Medycznych Twój Doktor bądź za pośrednictwem poczty elektronicznej.