

Klauzula Informacyjna (RODO)

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) informujemy, iż administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Niepubliczny Stomatologiczny ZOZ „SUPER-DENT” s.c. 90-024 Łódź, ul. Wodna 25 lok. 1BU**. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych z którym można kontaktować się wysyłając wiadomość na adres iod.super-dent@abi-tech.pl. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu świadczenia usług medycznych - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c, f ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie Art. 9 ust.1 lit. h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. Pani/Pana dane osobowe będą przekazane wyłącznie podmiotom uprawnionym do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz do podwykonawców związanych ze świadczeniem w/w usług. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres określony w obowiązujących regulacjach prawnych, Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Urząd Ochrony Danych Osobowych - www.uodo.gov.pl. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe na mocy przepisu prawa (dane identyfikacyjne) a w pozostałych przypadkach dobrowolne, jednakże nie podanie ich może skutkować brakiem realizacji świadczeń medycznych lub nawiązania kontaktu telefonicznego

.....
Data

.....
podpis pacjenta

Oświadczenia

• Oświadczam, że **upoważniam** osobę bliską¹ (imię i nazwisko wpisać czytelnie, drukowanymi literami) do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych. Podaję dane kontaktowe tej osoby

.....
(adres, numer telefonu, PESEL, e-mail itp.).

Oświadczam, że **nie upoważniam** żadnej osoby do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych*.

.....
miejsowość, data

.....
Czytelny podpis składającego oświadczenie

• Oświadczam, że **upoważniam** osobę bliską¹ (imię i nazwisko wpisać czytelnie, drukowanymi literami) do udostępnienia mojej dokumentacji medycznej. Podaję dane kontaktowe tej osoby :

.....
(adres, numer telefonu, PESEL, e-mail itp.).

/Oświadczam, że **nie upoważniam** żadnej osoby do wglądu do mojej dokumentacji medycznej*/**osobą upoważnioną** do wglądu do mojej dokumentacji medycznej po mojej śmierci jest*:

.....
(adres, numer telefonu, PESEL, e-mail itp.)

.....
miejsowość, data

.....
Czytelny podpis składającego oświadczenie

- Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym/opiekunem faktycznym² małoletniego/osoby ubezwłasnowolnionej* :

..... (imię i nazwisko małoletniego/osoby ubezwłasnowolnionej, wpisać czytelnie, drukowanymi literami).

.....
Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego²

UPOWAŻNIENIE

do odbioru recepty/wyników badań/zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne*

niniejszym upoważniam

(imię, nazwisko, nr dowodu osobistego, PESEL)

do odbioru recepty/ wyników badań/ zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne*

Upoważnienie jest ważne do odwołania.

.....
Miejscowość, data

.....
(czytelny podpis z podaniem imienia i nazwiska)

Podstawa prawna - z § 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697)

¹ pojęcie **osoby bliskiej** należy rozumieć zgodnie z jego definicją zawartą w art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417, z późn. zm.), czyli jako małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta;

² pojęcie **opiekuna faktycznego** należy rozumieć zgodnie z jego definicją zawartą w art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417, z późn. zm.), czyli jako osobę sprawującą, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga

* *niepotrzebne skreślić*