



.....  
(imię i nazwisko pacjenta)

Szczecin, dnia .....

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(kod pocztowy, miasto)

.....  
(PESEL pacjenta/ nr paszportu oraz data urodzenia)

.....  
(nr tel. kontaktowego)

## ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH ORAZ OŚWIADCZENIA PACJENTA

Prosimy o uważne przeczytanie formularza oraz zadawanie pytań w razie jakichkolwiek wątpliwości – naszym zadaniem jest udzielenie Państwu wszelkich niezbędnych wyjaśnień.

Niniejszym, oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dostępna na <https://www.twojaprychodnia.com/o-nas/rodo-i-prawa-pacjenta/> oraz w rejestracji).
2. Zostałem/am zapoznany/a z prawami pacjenta i zostałem/am poinformowany/a o możliwości nieograniczonego dostępu do Karty Praw Pacjenta.
3. **Upoważniam** do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby (**imię, nazwisko, tel., adres osoby upoważnionej**):  
.....  
.....
4. **Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\*\*** na przysyłanie wyników badań laboratoryjnych oraz pozostałej dokumentacji medycznej na niżej podany **adres e-mail (drukowanymi literami)**:  
.....

Data i podpis pacjenta\*

.....

\* podpis jest wymagany  
\*\*niepotrzebne skreślić



## Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych

Zgodnie z art. 13 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) z dnia 2016-04-27 (Dz.Urz.U.E.L 2016 Nr 119, str. 1) – dalej zwanym RODO – COMPLEMED Sp. Z o. o. Nina Werecka informuje, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych w związku z procesem diagnostyki, leczenia, profilaktyki jest Nina Werecka prowadząca działalność gospodarczą pod nazwą COMPLEMED Sp. Z o. o. z siedzibą w Szczecinie, 71-434, ul. Słowackiego 19, NIP 8513269160, REGON 520982590.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest możliwy pod adresem email: [furtak@twojaprychodnia.com](mailto:furtak@twojaprychodnia.com)
3. Podstawą prawną przetwarzania Pana/Pani danych osobowych jest przepis art. 9 ust. 2 lit. h oraz art. 6 ust. 1 lit. f RODO.
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu:
  - a) profilaktyki zdrowotnej, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej lub zabezpieczenia społecznego, leczenia lub zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej lub zabezpieczenia społecznego na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego lub zgodnie z umową z pracownikiem służby zdrowia diagnostyki medycznej, rozliczaniem usług medycznych (art. 9 ust. 2 lit. h RODO).
  - b) wykonywania prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora polegających na zapewnieniu bezpieczeństwa pracowników, ochrony mienia, zachowania w tajemnicy informacji, których ujawnienie mogłoby narazić zleceniodawcę na szkodę (monitoring wizyjny, monitoring systemów informatycznych - art. 6 ust. 1 lit. f RODO);
5. Pani/Pana dane osobowe dotyczące zdrowia będą przetwarzane i przechowywane przez okres niezbędny do wypełniania celów, w jakich dane zostały zebrane, natomiast pozostałe dane osobowe będą przetwarzane przez okres zgodny z obowiązującymi przepisami, w szczególności w celu zarządzania i rozliczania usług medycznych. Nagrania z monitoringu wizyjnego będą przechowywane przez okres do 3 miesięcy, a jeśli będzie to niezbędne do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń – do czasu ostatecznego zaspokojenia dochodzonych roszczeń lub upływu terminu ich przedawnienia;
6. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są następujące podmioty: Narodowy Fundusz Zdrowia, lekarze, pielęgniarki, pracownicy COMPLEMED Sp. Z o. o. posiadający upoważnienia do przetwarzania Pani/Pana danych osobowych pełniący funkcje pomocnicze (rejestracja, rozliczanie usług NFZ, dział księgowości) inne podmioty, które w ramach świadczenia usług medycznych i diagnostyki medycznej uczestniczą w procesie przetwarzania danych osobowych.
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, a także do wniesienia sprzeciwu i - w razie złożenia zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach innych niż usługi medyczne/zdrowotne – do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie.
8. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany jedynie w zakresie prowadzonego przez administratora monitoringu wizyjnego, monitoringu systemów informatycznych.
9. Informujemy, że przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Zapoznałam/em się z powyższą informacją

Data i podpis pacjenta\*

.....

\*podpis jest wymagany

Bardzo prosimy o informację skąd dowiedział/a się Pan/i o naszej przychodni:

- Facebook
- Google
- Znany lekarz
- Od ubezpieczyciela
- Z polecenia
- Inne: