

OŚWIADCZENIE/UPOWAŻNIENIE PACJENTA /PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO**Dane pacjenta:**

Imię i nazwisko:
Pesel/data urodzenia:
Adres do korespondencji:
Telefon kontaktowy:
e-mail:

Dane Przedstawiciela Ustawowego¹

Imię i nazwisko:
Pesel/data urodzenia:
Adres do korespondencji:
Dokument potwierdzający przedstawicielstwo ustawowe²:
Telefon kontaktowy:

Niniejszym oświadczam, iż:

1. Zostałem/am/ poinformowany/a o możliwości wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych albo odmowy takiej zgody,
2. Zostałem/am/ poinformowany/a o możliwości upoważnienia do uzyskania informacji o stanie mojego/*pacjenta* zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych,
3. Zostałem/am/ poinformowany/a o możliwości upoważnienia do uzyskania mojej/*pacjenta* dokumentacji medycznej lub odmowy udzielenia takiego upoważnienia,
4. *Jestem przedstawicielem ustawowym pacjenta³*

☐ Wyrażam ☐ nie wyrażam zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych przez Med.-Polonia sp. z o.o. Przychodnia.

UPOWAŻNIAM⁴/NIE UPOWAŻNIAM

Imię i nazwisko osoby upoważnionej:

PESEL/Data urodzenia osoby upoważnionej:

Dane kontaktowe osoby upoważnionej (adres, nr telefonu):

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

- ☐ do uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych,
- ☐ do uzyskania dokumentacji medycznej,
- ☐ do uzyskania dokumentacji medycznej po mojej śmierci,
- ☐ do odbioru recept/zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne,
- ☐ wyrażam sprzeciw do dostępu do dokumentacji medycznej przez moich bliskich po mojej śmierci.

¹ Jeśli pacjent jest małoletni lub ubezwłasnowolniony

² Jeśli dziecko/ubezwłasnowolniony nosi inne nazwisko niż przedstawiciel ustawowy np. akt urodzenia, postanowienie Sądu

³ Jeśli dotyczy

⁴ W przypadku braku upoważnienia przekreślić

.....
Podpis osoby przyjmującej.....
Data i czytelny podpis pacjenta☐ Wyrażam zgodę ☐ Nie wyrażam zgody

- na umieszczenie moich danych osobowych, w tym mojego adresu poczty elektronicznej w bazie danych MedPoloni Sp. z o.o., z siedzibą w Poznaniu przy ulicy Obornickiej 262, która będzie ich administratorem, na ich przetwarzanie zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dn. 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 celach marketingowych i informacyjnych: przesyłanie informacji na temat działalności Spółki, informacji dotyczących nowych produktów i placówek Spółki, przesyłanie newslettera. Niniejszym oświadczam, że zostałem poinformowany o prawie wglądu do swoich danych i możliwości żądania uzupełnienia, uaktualnienia, sprostowania oraz czasowego lub stałego wstrzymania ich przetwarzania.

☐ Wyrażam zgodę ☐ Nie wyrażam zgody

- na przesyłanie informacji handlowych drogą elektroniczną przez MedPolonia Sp. z o.o., z siedzibą w Poznaniu przy ulicy Obornickiej 262 zgodnie z Ustawą z dn. 18 lipca 2002 roku o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. z 2002 r., nr 144, poz. 1204 z późn. zm.).

☐ Wyrażam zgodę ☐ Nie wyrażam zgody

- na przesyłanie informacji handlowych drogą wiadomości SMS-owych przez MedPolonia Sp. z o.o., z siedzibą w Poznaniu przy ulicy Obornickiej 262 zgodnie z Ustawą z dn. 18 lipca 2002 roku o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. z 2002 r., nr 144, poz. 1204 z późn. zm.).

.....
Data i podpis oświadczającego

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):

1) Administratorem danych jest Med-Polonia Sp. z o.o. z siedzibą przy ul. Obornickiej 262 w Poznaniu.

2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – odo@medpolonia.com.pl

3) Dane osobowe przetwarzane będą w celu Ustalenie Twojej tożsamości przed udzieleniem świadczenia, w szczególności poprzez zgłoszenie do objęcia opieką medyczną, weryfikację danych podczas umawiania wizyty na odległość (np. przez naszą infolinię) jak również w naszych placówkach własnych, na stanowiskach recepcyjnych czy w gabinecie lekarskim. Jako podmiot leczniczy jesteśmy zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej. Realizujemy Twoje prawa jako naszego pacjenta, np. odbieramy i archiwizujemy Twoje oświadczenia, w których upoważniasz inne osoby do dostępu do Twojej dokumentacji medycznej oraz udzielania im informacji o stanie Twojego zdrowia. Kontaktujemy się z Tobą pod podanym przez Ciebie numerem telefonu czy adresem e-mail, aby np. potwierdzić rezerwację bądź odwołanie terminu konsultacji lekarskiej, przypomnieć Ci o tej konsultacji, poinformować o konieczności przygotowania się do umówionego zabiegu czy poinformować o możliwości odbioru wyniku badań. Nasz kontakt może dotyczyć również przypomnień co do zalecanych działań profilaktycznych, których podejmowanie jest rekomendowane ze względów zdrowotnych. Przeprowadzanie obowiązkowych szczepień ochronnych oraz raportowanie stanu szczepień odpowiednim organom. Zapewnienie Ci odpowiedniej opieki, będącej odpowiedzią na Twoje potrzeby oraz poprawa jakości naszych usług są dla nas priorytetem, dlatego też w trakcie okresu trwania opieki lub po wykonaniu danej usługi możemy kierować do Ciebie krótkie ankiety z prośbą o informację zwrotną, abyś mógł poinformować nas, co jeszcze możemy zrobić lepiej; zapewniamy, że ankiety te będziemy wysyłać z taką częstotliwością i w taki sposób, aby nie były one dla Ciebie uciążliwe i nie naruszały Twojego prawa do prywatności; jednocześnie możesz w każdej chwili poinformować nas, że nie chcesz otrzymywać od nas takich treści – wtedy zablokujemy ich wysyłkę, zgodnie z Twoim żądaniem. Z całą klauzulą przetwarzania danych osobowych, możesz zapoznać się pod adresem: [Ochrona Danych Osobowych - Szpital prywatny Poznań, klinika - MedPolonia.pl](#)