

OŚWIADCZENIA

Nazwisko Imię

PESEL

Wyrażam zgodę na proponowaną diagnostykę i leczenie oraz nakłucie naczyń i tkanek miękkich, zabiegi pielęgnacyjne.

.....
(podpis pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego)

Zostałem (am) poinformowany (a) na piśmie o przysługujących mi Prawach i Obowiązках Pacjenta.

.....
(podpis pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego)

Stosowanie do treści § 12 punkt 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu przetwarzania (Dz. U. Nr 247 poz. 1819)

Oświadczam, że upoważniam Pana/Panią:
(nazwisko i imię, adres zamieszkania, telefon)

do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej z hospitalizacji w Centrum Medycyny Specjalistycznej sp. z o.o. w Mielcu, ul. Biernackiego 4B, 39-300 Mielec, Poradnia Chirurgii Naczyniowej. Upoważnienie powyższe **zachowuje / nie zachowuje*** (niepotrzebne skreślić) swoją moc również w przypadku mojej śmierci.

.....
(podpis pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego)

Zostałem (am) poinformowany (a), że znieczulenie, zabieg operacyjny i zabiegi diagnostyczne o podwyższonym ryzyku wymagają odrębnej pisemnej zgody pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego.

.....
(podpis pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133 poz. 889 z pzm). Administratorem Pani / Pana danych osobowych udostępnionych i gromadzonych w systemie informatycznym jest „**Administratorem**”. Z Administratorem może się Pani / Pan kontaktować pisząc na adres Centrum Medycyny Specjalistycznej sp. z o.o. ul. Skłodowskiej-Curie 8A, 39-300 Mielec, NIP: 8171885446, bądź na adres cmsmielec@poczta.onet.pl

Podstawą prawną przetwarzania Pani / Pana danych jest zgoda udzielona na /art. 6 ust. lit. a Rozporządzenia RODO/ Centrum Medycyny Specjalistycznej sp. z o.o.

Pani / Pana dane osobowe przetwarzane są przetwarzane w celu dokumentacji udzielonych świadczeń medycznych.

Ma Pani / Pani prawo żądać od Administratora dostępu do swoich danych, (art. 15 Rozporządzenia RODO) ich sprostowania (art. 16 Rozporządzenia RODO), przenoszenia (art. 20 Rozporządzenia RODO) i usunięcia (art.17 Rozporządzenia RODO) oraz ograniczenia przetwarzania danych (art. 18 Rozporządzenia RODO). Przysługuje Pani / Panu także prawo wniesienia sprzeciwu, co do przetwarzania danych (art. 21 Rozporządzenia RODO).

W związku z przetwarzaniem Pani / Pana danych osobowych przez Administratora przysługuje Pani / Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (art.15 Rozporządzenia RODO).

Data i podpis pacjenta