**Zgody Pacjenta**

**Świadomie oświadczam, że wyrażam zgodę na:**

* przesyłania na podany przeze mnie **numer telefonu** informacji planowanych wizyt lekarskich przez Fortmedica Medyczne
 Centrum Rodzinne Dorota Fortunko , Łubinowa 12, 50-520 Wrocław (na podstawie rozporządzenia Parlamentu
 Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r., RODO: art.4 pkt 11, art. 7, preambuła: 32, 42, 43 i 65.)

 **TAK/NIE\***

* przesyłania na podany przeze mnie **adres e-mail** informacji planowanych wizyt lekarskich przez Fortmedica Medyczne
 Centrum Rodzinne Dorota Fortunko , Łubinowa 12, 50-520 Wrocław (na podstawie rozporządzenia Parlamentu
 Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r., RODO: art.4 pkt 11, art. 7, preambuła: 32, 42, 43 i 65.)

 **TAK/NIE\***

* przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie imienia i nazwiska, numeru pesel, rozpoznawania ICD-10, rozpoznania
 ICD-9, opisu choroby, leków, numeru telefonu, adresu e-mailowego, zgód oraz oświadczeń przez Fortmedica Medyczne
 Centrum Rodzinne Dorota Fortunko , Łubinowa 12, 50-520 Wrocław (na podstawie rozporządzenia Parlamentu
 Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r., RODO: art.4 pkt 11, art. 7, preambuła: 32, 42, 43 i 65.)

 **TAK/NIE\***

* w przypadku wizyt na Narodowy Fundusz Zdrowia przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie imienia i nazwiska,
 numeru pesel, rozpoznawania ICD-10, rozpoznania ICD-9, opisu choroby, leków, numeru telefonu, adresu e-mailowego, zgód
 oraz oświadczeń przez Fortmedica Medyczne Centrum Rodzinne Dorota Fortunko , Łubinowa 12, 50-520 Wrocław
 (na podstawie rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r., RODO:
 art.4 pkt 11, art. 7, preambuła: 32, 42, 43 i 65.)

 **TAK/NIE\***

\*niepotrzebne skreślić

**Obowiązek Informacyjny**

**Zostałem** **poinformowany o tym, że:**

Z dniem 25 maja 2018 r. rozpoczyna obowiązywanie Rozporządzenie 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 (określane popularnie jako „RODO”)

W związku z tym Pani/Panu będą przysługiwały określone poniżej prawa związane z przetwarzaniem przez przedsiębiorstwo Fortmedica Medyczne Centrum Rodzinne Dorota Fortunko , Łubinowa 12, 50-520 Wrocław danych osobowych.

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Fortmedica Medyczne Centrum Rodzinne Dorota Fortunko , Łubinowa 12, 50-520 Wrocław Tel. 733 088 330 e-mail: rejestracja@fortmedica.pl
2. Fortmedica Medyczne Centrum Rodzinne Dorota Fortunko , Łubinowa 12, 50-520 Wrocław, przetwarza dane osobowe w celach:
3. ustalenia Pani/Pana tożsamości przed udzieleniem świadczenia, w szczególności poprzez zgłoszenie do objęcia opieką medyczną, weryfikacji danych podczas umawiania wizyty na odległość bądź w gabinecie lekarskim (na podstawie
art. 6 ust. 1 lit. c RODO) oraz (art. 9 ust. 2 lit.h Rozporządzenia w zw. z art. 25 ust. 1 Ustawy o prawach pacjenta
z dnia 6 listopada 2008r.),
4. prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej, do czego przychodnia zobowiązana jest jako podmiot leczniczy (na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h) Rozporządzenia w zw. z art. 24 ust. 1 Ustawy
o prawach pacjenta z dnia 6 listopada 2008r,
5. realizacji Pani/Pana praw jako pacjenta

- Fortmedica odbiera i archiwizuje oświadczenia, na których upoważnia się inne osoby do dostępu do Pani/Pana dokumentacji medycznej oraz udziela im informacji o stanie Pani/Pana zdrowia (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO) Rozporządzenia w zw. z art. 9 ust. 3 oraz art. 26 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta z dnia 6 listopada 2008r oraz
§ 8 ust. 1 Rozporządzenia MZ),

1. kontaktu z Panią/Panem pod podanym numerem telefonu czy adresem e-mail, aby np. potwierdzić rezerwację bądź odwołać termin konsultacji lekarskiej (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO) Rozporządzenia jako tzw. prawnie uzasadniony interes administratora, jakim jest opieka około obsługowa nad pacjentem oraz sprawniejsze zarządzanie grafikami),
2. dochodzenia roszczeń z tytułu prowadzonej przez Fortmedica działalności gospodarczej (podstawa prawna art. 6 ust. 1 lit. f RODO)
3. wykonywania prawnych obowiązków ciążących na Fortmedica , np. wystawiania rachunków na Pani/Pana rzecz (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) Rozporządzenia w zw. z art. 74 ust. 2 Ustawy o rachunkowości).
4. W związku z przetwarzaniem danych w celach wskazanych w pkt 2, Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane następującym kategoriom odbiorców:
5. podmiotom, które przetwarzają Pani/Pana dane osobowe w imieniu Fortmedica na podstawie zawartej umowy powierzenia do przetwarzania danych osobowych (tzw. podmioty przetwarzające), takim jak: inne podmioty lecznicze np. do Narodowego Funduszu Zdrowia , czy procesor usług prawniczych,
6. osobom upoważnionym przez Panią/Pana w ramach realizacji praw pacjenta.
7. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane poza Unię Europejską.
8. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji wskazanych w pkt 2 celów przetwarzania, tj.:
9. w zakresie realizacji przez Fortmedica opieki medycznej dokumentacja medyczna będzie przechowywana co najmniej przez okres 20 lat od dnia dokonania w niej ostatniego wpisu,
10. w zakresie dochodzenia roszczeń dane przetwarzane będą w tym celu przez okres przedawnienia roszczeń, wynikający
z przepisów Kodeksu cywilnego,
11. w zakresie wypełniania obowiązków prawnych ciążących na Fortmedica w związku z prowadzeniem działalności leczniczej i realizacji zawartych umów, przez okres do czasu wypełnienia tych obowiązków przez Fortmedica (wszelkie dane przetwarzane na potrzeby rachunkowości oraz ze względów podatkowych, będą przetwarzane przez 5 lat licząc
od końca roku kalendarzowego, w którym powstał obowiązek podatkowy.

Po upływie ww. okresów Pani/Pana dane osobowe są usuwane.

1. W związku z przetwarzaniem przez Fortmedica Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu:
* prawo dostępu do treści danych osobowych, na podstawie art. 15 Ustawy o prawach pacjenta.
* prawo do sprostowania danych osobowych, na podstawie art. 16 Ustawy o prawach pacjenta.
* prawo do usunięcia danych osobowych na podstawie art. 17 Ustawy o prawach pacjenta.
* prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych, na podstawie art. 18 Ustawy o prawach pacjenta.
* prawo do przenoszenia danych osobowych, na podstawie art. 20 Ustawy o prawach pacjenta.
* prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, na podstawie art. 21 Ustawy o prawach pacjenta.
1. W przypadkach, w których przetwarzanie Pani/Pana danych odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f) Rozporządzenia, tj. zgody na przetwarzanie danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
2. W przypadkach uznania, iż przetwarzanie przez Fortmedica danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi organu nadzorczego (tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych)
3. W zakresie, w jakim przetwarzanie Pani/Pana danych następuje w celu rezerwacji wizyty lekarskiej czy udzielenia świadczenia zdrowotnego przez Fortmedica podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem realizacji świadczenia zdrowotnego. Podanie danych ma charakter dobrowolny, jednak konsekwencją niepodania tych danych będzie brak możliwości rezerwacji wizyty lekarskiej czy udzielenia przez Fortmedica świadczenia lekarskiego. Jeżeli podaje Pani/Pan swój numer telefonu bądź adres e-mail, odbywa się to na zasadzie dobrowolności – w przypadku braku jego podania nie będzie możliwe otrzymywanie informacji o wizytach przez te środki przekazu.

\*Skróty przytoczonych aktów prawnych:

* + - Rozporządzenie - 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;
		- Ustawa o prawach pacjenta – ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
		- Rozporządzenie MZ – Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
		- Ustawa o rachunkowości – ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 …………………………………………………………………………Wrocław ………..

 /czytelny podpis Pacjenta lub opiekuna prawnego, data/

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

W przypadku osoby niepełnoletniej imię i nazwisko oraz Pesel dziecka, lub podpis i pesel

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

osoby która ukończyła 16 rok życia.

 …………………………………………………………………………Wrocław ………..

 /czytelny podpis Pacjenta niepełnoletniego, który ukończył 16 rok życia/

**Jednocześnie świadomie oświadczam, że**

Ja niżej podpisany

**UPOWAŻNIAM / NIE UPOWAŻNIAM NIKOGO** \* (\*niepotrzebne skreślić)

Do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia (podopiecznego), dostępu do mojej dokumentacji medycznej(podopiecznego) oraz odpisów, wypisów, kopii tej dokumentacji.

Osobą upoważnioną jest:

Imię i nazwisko …………………………………………………………………………………

Zamieszkały (a) w / we ……………………………przy ul.……………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

………………………………………………………………………….Wrocław dnia ……………

 /czytelny podpis Pacjenta lub opiekuna prawnego, data/