

KARTA PACJENTA

Imię:.....Nazwisko:.....

Data urodzenia:..... Telefon:.....

Adres:.....

Aktualne dolegliwości (szczegółowy opis)

Dotychczasowe leczenie

Historia chorobowa (choroby oraz urazy/kontuzje)

INFORMACJA DLA PACJENTA

Informuję, że w związku z wykonywaniem świadczeń opieki zdrowotnej są przetwarzane Państwa dane osobowe.

- o Administratorem przetwarzanych danych osobowych jest Damian Cichocki (ul. Opolska 15D/18, 52-010 Wrocław; NIP: 895-188-67-11; REGON: 022500783; tel: 603 298 025; cichocki.damian@gmail.com).
- o Dane osobowe są przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej. Podstawę prawną do zbierania i przetwarzania danych stanowi obowiązek prawny wynikający z rozporządzenie Ministra Zdrowia z 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2015 r. poz. 2069).
- o Dane osobowe nie są przekazywane do państw trzecich.
- o Przysługuje Państwu prawo do dostępu do dokumentacji medycznej zgodnie z Ustawą z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz.U. z 2016 r. poz. 186).
- o Dane osobowe będą przechowywane przez okres wymagany prawem, zgodnie z wymaganiami określonymi w Ustawie z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz.U. z 2016 r. poz. 186).
- o Przysługuje Państwu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego w sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych, m.in. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- o Informujemy, że zbieranie i przetwarzanie Państwa danych osobowych jest obowiązkiem Damian Cichocki wynikającym z przepisów prawa, dlatego podanie danych osobowych pacjenta w związku z wykonywaniem świadczeń opieki zdrowotnej jest obowiązkowe. Ich niepodanie może skutkować odmową rozpoczęcia leczenia.
- o Podanie danych osobowych nie stanowi podstawy do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani do profilowania.

Podstawa prawna do udzielenia niniejszej informacji: 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)

data i podpis

.....

Jestem świadom, że każda terapia, bez względu na jej charakter, zawiera w sobie znikomy, ale obecny stopień ryzyka i nieprzewidzianych powikłań zdrowotnych. Potwierdzam, że nie otrzymałem/am żadnych obietnic dotyczących efektywności wykonanej terapii. Jednakże wyrażam zgodę na jej wykonanie w tutejszej placówce. Powyższa informacja jest dla mnie zrozumiała.

data i podpis

.....