

## OŚWIADCZENIE PACJENTA

(Prosimy o wpisywanie danych zgodnych z dokumentem tożsamości i stanem faktycznym)

o upoważnieniu osoby do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych przez **NZOZ Gabinety Lekarskie Tymińska, Piotrowski Sp. J. z siedzibą w Warszawie, ul Łucka 18/1802**

Ja (imię i nazwisko) .....

PESEL (jeśli nie był nadany - data urodzenia) .....

Adres zam. ....

Tel:.....

### UPOWAŻNIAM / NIE UPOWAŻNIAM \*

(imię i nazwisko) ..... Tel:.....

Data ur. .... do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do udostępniania mojej dokumentacji medycznej zarówno za mojego życia, jak i po mojej śmierci. Jednocześnie zobowiązuję się, że poinformuję wskazaną powyżej osobę o podaniu Jej danych w tym formularzu.

.....  
(podpis pacjenta lub opiekuna prawn. osoby nieletniej)

\*niepotrzebne skreślić

### OŚWIADCZENIE

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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), Państwa dane osobowe oraz dane dotyczące zdrowia będą przetwarzane przez **NZOZ Gabinety Lekarskie Tymińska Piotrowski Sp. J. z siedzibą w Warszawie, ul Łucka 18/1802, KRS: 00006002078** oraz **podwykonawców usług medycznych współpracujących z podmiotem leczniczym na podstawie stosownych umów na świadczenie usługi medycznej** wynikających z prowadzonej działalności, zgodnie z RODO na podstawie art. 6 ust 1 lub art. 9 ust 1, 2 lit a, b, c, d, h, i, j w zakresie w jakim jest to niezbędne i w celu jakim zostały zebrane :

- Udzielenia świadczenia zdrowotnego, zapewnienia opieki zdrowotnej i wykonywania świadczeń medycznych, prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej, zarządzania usługami informacji podczas udzielania świadczenia, zapewnienia zabezpieczenia społecznego oraz uczestniczenia w programach medycznych i profilaktycznych
- zapewnienia obsługi pacjentów poprzez kontakt osobisty, telefoniczny, email, zapis on-line oraz w celu udzielenia informacji bądź odbioru dokumentacji medycznej w tym wyników badań
- prowadzenia rozliczeń finansowo – księgowych związanych z udzielanym świadczeniem
- ustalenia ewentualnych roszczeń i procesów obronnych związanych z prowadzonymi usługami

Podanie danych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do wykonania usługi medycznej.

.....  
(podpis pacjenta lub opiekuna prawn. osoby nieletniej)

Jednocześnie oświadczam, że zgodnie z art. 13 i 14 Ogólnego Rozporządzenia o ochronie danych zostałem poinformowany/a o tym, że: Administratorem danych osobowych jest **NZOZ Gabinety Lekarskie Tymińska Piotrowski Sp. J. z siedzibą w Warszawie, ul Łucka 18/1802**. Administrator dokłada wszelkich starań, aby zapewnić wszelkie działania zgodnie z obowiązującymi przepisami z zachowaniem Państwa praw wynikających z RODO. Szczegóły dotyczące przetwarzania danych są opisane w klauzuli informacyjnej dostępnej w Recepcji oraz na stronie internetowej [www.gabinetylucka.pl](http://www.gabinetylucka.pl) w zakładce dla Pacjenta.

.....  
(podpis pacjenta lub opiekuna prawn. osoby nieletniej)

Warszawa , dnia .....