

Upoważnienie

Upoważniam następujące osoby do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby

1. Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Nr telefonu:

2. Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Nr telefonu:

Zostałem/am poinformowany/a o możliwości zapoznania się z Kartą Praw Pacjenta.

Zostałem/am poinformowany/a o prawie do zmiany osób upoważnionych jak i o prawie do cofnięcia upoważnienia.

Miałem/am możliwość zapoznania się z informacją dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych.

.....
data złożenia oświadczenia

.....
podpis pacjenta lub opiekuna

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest EuroMedis sp. z o.o. z siedzibą w Szczecinie jest EuroMedis spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Szczecinie, adres: 70-111 Szczecin, ul. Powstańców Wielkopolskich 33a, zarejestrowany w rejestrze przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Szczecinie, KRS nr 0000333478, NIP 852-255-83-66, dane kontaktowe: numer telefonu 91 818 21 41, nr faksu 91 813 71 67, adres e-mail: info@euromedis.pl.
- Dane kontaktowe Inspektora Danych Osobowych Jerzy Kolenda, adres e-mail: jerzy.kolenda@euromedis.pl.
- Przetwarzane dane osobowe należą do kategorii danych osobowych zwykłych (takich jak m.in. imię, nazwisko, adres zamieszkania, PESEL) oraz danych osobowych należących do szczególnych kategorii, takie jak: dane dotyczące stanu zdrowia oraz dane biometryczne.
- Dane osobowe będą przetwarzane w celu świadczenia usług z zakresu opieki medycznej.
- Dane, podlegające przetwarzaniu przez Administratora pozyskiwane będą bezpośrednio od pacjenta, przedstawiciela ustawowego pacjenta, osoby bliskiej lub od osoby trzeciej.
- Odbiorcami Pani/Pana danych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa (w tym m.in. NFZ), Ubezpieczyciele, laboratoria analityczne oraz osoby przez Państwa upoważnione, a także podmioty działają na podstawie umowy powierzenia.
- Pani/Pana dane przechowywane będą przez okres konieczny dla przechowywania dokumentacji medycznej tj. przez 20 lat.
- Przysługuje Pani/Panu prawo do żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania i sprzeciwu co do przetwarzania danych.
- Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- Podanie danych osobowych jest obligatoryjne na mocy przepisu prawa.
- Administrator nie będzie przekazywał danych do Państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowej.
- W oparciu o Pani/Pana dane osobowe Administrator nie będzie podejmował zautomatyzowanych decyzji, w tym będących wynikiem profilowania.

Oświadczenie

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL pacjenta:

Poradnia:

Telefon lub e-mail:

Adres:

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego.

1. **Wyrażam zgodę** na przeprowadzenie badania lub udzielenia innego świadczenia zdrowotnego, celem kwalifikacji do programu badań klinicznych.
 Nie wyrażam zgody

2. **Wyrażam zgodę** na informowanie mnie drogą telefoniczną i/lub mailową na temat programów badań klinicznych, prowadzonych w Centrum Medycznym EuroMedis.
 Nie wyrażam zgody

3. **Wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do procesu świadczenia usług medycznych a w przypadku wyrażeniu zgody jak w pkt 1 i 2 niniejszego oświadczenia na potrzeby postępowania kwalifikacyjnego do badań klinicznych oraz w przypadku zakwalifikowania mnie do badań, na potrzeby prowadzenia badań klinicznych przez EuroMedis Sp. z o.o. z siedzibą w Szczecinie zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a) i art. 9 ust. 2 pkt. h i i 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).

Osoba składająca oświadczenie

.....
data złożenia oświadczenia

.....
podpis pacjenta lub opiekuna

Osoba odbierająca zgodę

.....
data

.....
czytelny podpis osoby odbierającej zgodę