

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL:

Adres zamieszkania

Numer telefonu

1.1 Upoważniam następujące osoby do otrzymania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielanych mi świadczeniach:

L.P.	Osoba upoważniona	Adres i numer telefonu

1.2 Nie upoważniam żadnych osób do otrzymania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach.

2.1 Upoważniam następujące osoby do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby:

L.P.	Osoba upoważniona	Adres i numer telefonu

2.2 Nie upoważniam żadnych osób do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.

3. Zostałem poinformowany o możliwości zapoznania się z Prawami Pacjenta.

4. Wyrażam zgodę nie wyrażam zgody na wysyłanie informacji medycznej na poniższy adres mailowy:

5. Wyrażam zgodę nie wyrażam zgody na kontakt telefoniczny w sprawach związanych z realizowanymi świadczeniami medycznymi w tym potwierdzanie i odwoływanie wizyt, z wykorzystaniem numeru telefonicznego podanego jak wyżej.

6. Wyrażam zgodę nie wyrażam zgody na przesyłanie informacji o charakterze handlowym dotyczących nowych świadczeń medycznych i metod leczniczych stosowanych w Przychodni Lekarskiej ORLIK Sp. z o.o.

7. Odwołuję nie odwołuję wcześniej udzielone upoważnienie.

Niniejsze oświadczenie obowiązuje do odwołania/zmiany.

W przypadku podania osób upoważnionych do otrzymywania informacji o stanie zdrowia oraz upoważnionych do otrzymywania dokumentacji medycznej, prosimy o poinformowanie tych osób o fakcie, że ich dane będą przetwarzane przez Przychodnię i że przysługują im prawa wymienione w informacji poniżej.

Data złożenia oświadczenia:

Podpis pacjenta:

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Przychodnia Lekarska ORLIK Sp. z o.o. ul. Ostrobramska 101, 04 – 041 Warszawa, reprezentowana przez Annę Boguradzką. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest Andrzej Peńsko, Tel. +48668906046. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji świadczeń medycznych, na podstawie art. 9 punkt 2h rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z art. 29 ustawy z dnia 06 listopada 2008 o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania, wyrażenia sprzeciwu przetwarzaniu Pani/Pana danych osobowych oraz prawo do przenoszenia danych. Posiada Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem udzielenia Pani/Panu świadczeń medycznych przez Przychodnię. Pani/Pana dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w systemach informatycznych obsługi pacjenta. Przychodnia Lekarska ORLIK nie stosuje metod zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.