POLMED®

JEDNORAZOWE UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane Pacjenta

IMIĘ	
NAZWISKO	
PESEL	
ZAKRES DOKUMENTACJI (np. z jakiej Poradni)	
OKRES CZASU JAKIEGO DOTYCZY DOKUMENTACJA (od kiedy do kiedy)	

Dane osoby upoważnionej

IMIĘ	
NAZWISKO	
NUMER DOWODU OSOBISTEGO (lub innego dokumentu tożsamości)	

data i podpis Pacjenta

…….....…….....…….....…….....

data i podpis osoby upoważnionej – potwierdzenie odbioru

…….....…….....…….....…….....

data i podpis pracownika wydającego dokumentację

…….....…….....…….....…….....

KLAUZULA INFORMACYJNA

1. Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 RODO, POLMED SA z siedzibą w Starogardzie Gdańskim, osiedle Kopernika 21, będąc administratorem danych osobowych informuje, że przetwarza dane osobowe w celu:
a) realizacji usług medycznych (prowadzenie dokumentacji medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej oraz zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej, profilaktyki zdrowotnej medycyny pracy, zapewnienia zabezpieczenia społecznego) na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h RODO,
b) weryfikacji danych podczas umawiania wizyty - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c (wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze) oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO,
c) kontaktu telefonicznego lub za pośrednictwem e-mail w celu potwierdzenia rezerwacji, odwołania bądź zmiany terminu konsultacji lekarskiej oraz wysyłki informacji odnośnie przygotowania do badań lub zabiegów – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO (na podstawie umowy i prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora).
2. Podanie danych jest niezbędne do świadczenia usług medycznych.
3. Pacjentom przysługuje m.in. prawo dostępu do danych, ich sprostowania, aktualizacji, dostępu do kopii oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzoru.
4. Prawo do ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu i usunięcia danych nie dotyczą danych zawartych w dokumentacji medycznej.
5. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych POLMED S.A. jest możliwy za pośrednictwem adresu mailowego daneosobowe@polmed.pl
6. Szczegółowe informacje znajdują się w placówkach POLMED oraz na stronie www.polmed.pl
7. Jeżeli chcą Państwo otrzymać pełny tekst obowiązku informacyjnego w formie wydruku prosimy o kontakt z recepcją Placówki.

data i podpis Pacjenta

…….....…….....…….....…….....

data i podpis osoby upoważnionej

…….....…….....…….....…….....