

Oświadczenia Pacjenta

składane obowiązkowo zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania oraz Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Dane Pacjenta:

Imię

Nazwisko

PESEL

Nr paszportu (dla osób nie posiadających nr PESEL)

Telefon

Adres zamieszkania:

Kod pocztowy

Miasto

Ulica

Nr domu/nr mieszkania /

1. Oświadczenie Pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia;

Dane osoby upoważnionej (w razie braku upoważnienia wpisać „nie upoważniam”):

Imię

Nazwisko

Telefon PESEL

lub adres zamieszkania:

Kod pocztowy

Miasto

Ulica

Nr domu/nr mieszkania /

2. Oświadczenie Pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji medycznej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia;

Dane osoby upoważnionej (w razie braku upoważnienia wpisać „nie upoważniam”):

Imię

Nazwisko

3. Oświadczenie Pacjenta wyrażające sprzeciw na udostępnienie dokumentacji medycznej osobie bliskiej* po śmierci pacjenta;

Dane osoby upoważnionej (w razie braku upoważnienia wpisać „nie upoważniam”):

Imię

Nazwisko

* / Osobą bliska w rozumieniu przepisów jest: małżonek, krewny do drugiego stopnia (np. córka, wnuk) lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej (np. teściowa), przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta.

.....
data

.....
podpis Pacjenta

Bądźmy w kontakcie!

Dzięki pozostawionej zgodzie na przesyłanie informacji handlowych i marketingowych, możemy wysłać Państwu informacje o **aktualnych promocjach**, zniżkach, nowych usługach medycznych i specjalistach, czy porady w zakresie profilaktyki zdrowotnej. Szanując Państwa czas, obiecujemy wysłać wyłącznie wartościowe treści!

Imię

Nazwisko

Telefon

E-mail

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od POLMED S.A. drogą elektroniczną na wskazany przeze mnie adres e-mail, informacji marketingowych i handlowych dotyczących produktów i usług oferowanych przez POLMED S.A. w rozumieniu ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną z dn. 18.07.2002 r. (Dz.U z 2020 r. poz. 344).

Wyrażam zgodę na przekazywanie przez POLMED S.A. treści, dotyczących oferty POLMED S.A. na podany przeze mnie numer telefonu, w tym przy użyciu automatycznych systemów wywołujących w rozumieniu ustawy z dnia 16 lipca 2004 r. Prawo telekomunikacyjne (Dz.U. z 2019 r., poz. 2460).

.....
data

.....
podpis Pacjenta

Kluczula informacyjna POLMED S.A.

- Administratorem Państwa danych osobowych (zgodnie z przepisami RODO) jest POLMED S.A. z siedzibą w Starogardzie Gdańskim, osiedle Kopernika 21.
- Państwa dane osobowe są przetwarzane w celu:
 - realizacji usług medycznych (m.in. prowadzenie dokumentacji medycznej, zapewnienie opieki zdrowotnej oraz zarządzanie systemami i usługami opieki zdrowotnej, profilaktyki zdrowotnej medycyny pracy, zapewnienia zabezpieczenia społecznego),
 - weryfikacji danych podczas umawiania wizyty,
 - 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.
- Podanie danych jest niezbędne do świadczenia usług medycznych.
- W przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych w celach marketingowych, Państwa dane będą przetwarzane w celu przekazywania informacji handlowych i marketingowych dotyczących usług świadczonych przez POLMED S.A. oraz jego partnerów. Zgodę tę możecie Państwo w każdej chwili wycofać.
- Państwa dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji będzie odbywało się na zasadach automatycznej analizy historii przeglądania stron POLMED, lokalizacji, wieku oraz płci. Konsekwencją takiego przetwarzania będzie wyświetlanie Państwu na stronie POLMED usług i produktów dostępnych w Państwa okolicy, dopasowanych do Państwa zainteresowań.
- W każdym momencie przysługuje Państwu m.in. prawo dostępu do danych, ich sprostowania, aktualizacji, dostępu do kopii, a w przypadku wątpliwości – prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Danych Osobowych.
- Prawo do ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu i usunięcia danych nie dotyczą danych zawartych w dokumentacji medycznej.
- Nad Państwa danymi czuwa w POLMED Inspektor Ochrony Danych. Można się z nim skontaktować za pośrednictwem adresu mailowego daneosobowe@polmed.pl.
- Szczegółowe informacje i pełna treść Obowiązku Informacyjnego POLMED znajdują się na stronie www.polmed.pl oraz w Centrach Medycznych POLMED.

Oświadczam, że zapoznałem się z Klauzulą informacyjną:

.....
data

.....
podpis Pacjenta