

ZGODA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

ORAZ INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

(PACJENT NIEPEŁNOLETNI / PACJENT MAŁOLETNI, KTÓRY UKOŃCZYŁ 16 LAT)

Podstawa prawna: art. 9 oraz art. 16–18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

DANE PACJENTA:
(imię i nazwisko)

PESEL:

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO:
(imię i nazwisko)

Status: ☐ matka ☐ ojciec ☐ opiekun prawny

☐ opiekun faktyczny (podaj stopień pokrewieństwa, imię i nazwisko) :

I. Zgoda przedstawiciela ustawowego:

Działając jako przedstawiciel ustawowy małoletniego Pacjenta, wyrażam zgodę na objęcie go opieką zdrowotną w PARTNER-MED oraz na udzielanie mu świadczeń zdrowotnych, na które zgłasza się do Placówki albo które zostaną zaproponowane w toku diagnostyki, leczenia lub profilaktyki, każdorazowo po przekazaniu wymaganych przepisami prawa informacji i zaakceptowaniu danego świadczenia przez osobę uprawnioną do wyrażenia zgody.

Przyjmuję do wiadomości, że przed udzieleniem określonego świadczenia zdrowotnego mam prawo do uzyskania w sposób przystępny informacji dotyczącej stanu zdrowia małoletniego Pacjenta, rozpoznania, proponowanych oraz możliwych metod diagnostycznych lub leczniczych, dających się przewidzieć następstw ich zastosowania albo zaniechania, wyników leczenia oraz rokowania – w zakresie odpowiednim do rodzaju udzielanego świadczenia.

Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku małoletniego Pacjenta zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego wyraża jego przedstawiciel ustawowy. Jeżeli Pacjent ukończył 16 lat, wymagana jest również jego zgoda. W przypadku sprzeciwu małoletniego Pacjenta, który ukończył 16 lat, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego, udzielenie świadczenia wymaga zezwolenia sądu opiekuńczego. Zgoda oraz sprzeciw pacjenta małoletniego, który ukończył 16 lat mogą być wyrażone ustnie albo przez zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanemu świadczeniu albo brak takiej woli.

Mam prawo zadawać pytania dotyczące proponowanego postępowania oraz uzyskać wyjaśnienia niezbędne do podjęcia świadomej decyzji.

Zgoda na poszczególne świadczenia zdrowotne udzielane małoletniemu Pacjentowi w PARTNER-MED będzie wyrażana każdorazowo po uzyskaniu wymaganej informacji, w sposób dopuszczony przepisami prawa – ustnie albo poprzez zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania Pacjenta proponowanemu świadczeniu.

Mam prawo odmówić zgody na określone świadczenie zdrowotne oraz cofnąć wcześniej wyrażoną zgodę, o ile świadczenie nie zostało już wykonane, z zastrzeżeniem przypadków, w których przepisy prawa dopuszczają udzielenie świadczenia bez wymaganej zgody.

Niniejszy formularz nie stanowi blankietowej zgody na wykonanie wszelkich przyszłych czynności medycznych niezależnie od ich rodzaju i nie zastępuje zgody wymaganej na konkretne świadczenie zdrowotne.

W przypadku zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla Pacjenta zostanie odebrana odrębna zgoda w formie wymaganej przepisami prawa, po przednim przekazaniu informacji odnoszącej się do danej metody leczenia albo diagnostyki.

Jeżeli w trakcie diagnostyki lub leczenia powstanie potrzeba wykonania innej czynności, której zakres lub charakter wymaga uzyskania odrębnej zgody, osoba uprawniona do jej wyrażenia zostanie o tym poinformowana przed jej wykonaniem, z wyjątkiem przypadków, w których przepisy prawa dopuszczają udzielenie świadczenia bez zgody.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o powyższych zasadach, rozumiem ich treść i miałem/am możliwość zadania pytań.

Myślenice, ...
miejscowość i data

.....
podpis rodzica / przedstawiciela

II. Zgoda Pacjenta, który ukończył 16 lat

(Wypełnia i podpisuje Pacjent, który ukończył 16 lat).

Oświadczam, że otrzymałem/am w sposób dla mnie zrozumiały informacje dotyczące mojego stanu zdrowia oraz proponowanych świadczeń zdrowotnych, w zakresie wymaganym przepisami prawa. Miałem/am możliwość zadawania pytań oraz uzyskania wyjaśnień dotyczących proponowanego postępowania.

Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką zdrowotną w PARTNER-MED na zasadach wskazanych w niniejszym dokumencie. Przyjmuję do wiadomości, że zgoda na poszczególne świadczenia będzie przeze mnie wyrażana po uzyskaniu wymaganych informacji, w sposób przewidziany przepisami prawa.

Wiem, że mam prawo odmówić zgody na określone świadczenie zdrowotne lub cofnąć wcześniej wyrażoną zgodę.

Myślenice, ...
miejscowość i data

.....
podpis Pacjenta, który ukończył 16 lat

W przypadku sprzeciwu Pacjenta, który ukończył 16 lat, pomimo zgody jego przedstawiciela ustawowego, udzielenie świadczenia zdrowotnego wymaga zezwolenia sądu opiekuńczego, na zasadach określonych w art. 17 ust. 3 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

KLAUZULA INFORMACYJNA

DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

W związku z treścią art. 13 ust. 1 i 2 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), zwanego dalej RODO, informuje się, że:

Administratorem danych osobowych jest Sylwia Bernat, prowadząca działalność gospodarczą pod firmą Sylwia Bernat PARTNER-MED, ul. Juliusza Słowackiego 75C, 32-400 Myślenice, NIP 6812006556, wykonująca działalność leczniczą w ramach podmiotu leczniczego PARTNER-MED, wpisanego do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą pod numerem 000000254171.

Z Administratorem można kontaktować się pisemnie na wskazany wyżej adres, telefonicznie pod numerem 795 822 967 lub za pośrednictwem poczty elektronicznej: sylwia1bernat@gmail.com.

Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można kontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z ich przetwarzaniem za pośrednictwem poczty elektronicznej: biuro@kancelariacygan.pl.

Dane osobowe Pacjenta, w tym dane dotyczące zdrowia, są przetwarzane w celu udzielania świadczeń zdrowotnych, prowadzenia dokumentacji medycznej oraz realizacji związanych z tym obowiązków prawnych Administratora.

Dane osobowe Pacjenta są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia – art. 9 ust. 2 lit. h RODO, w związku w szczególności z przepisami ustawy o działalności leczniczej oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W przypadku świadczeń lub badań regulowanych przepisami szczególnymi podstawę przetwarzania stanowią również przepisy właściwe dla danego rodzaju świadczenia lub badania. Administrator pozyskuje dane przede wszystkim bezpośrednio od Pacjenta. W przypadku badań wykonywanych na podstawie skierowania dane mogą być również pozyskiwane od pracodawcy lub innego podmiotu kierującego – w zakresie wynikającym ze skierowania.

Odbiorcami danych mogą być podmioty uprawnione do ich uzyskania na podstawie przepisów prawa, inne podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie niezbędnym dla zapewnienia ciągłości świadczeń, a także podmioty świadczące na rzecz Administratora usługi w zakresie wynikającym z powierzonych im zadań i przy zapewnieniu wymaganej ochrony danych.

Dane zawarte w dokumentacji medycznej są przechowywane przez okresy wynikające z przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, co do zasady przez 20 lat od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkami przewidzianymi w ustawie. Pozostałe dane są przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu ich przetwarzania oraz przez okres wynikający z obowiązujących przepisów lub przedawnienia roszczeń.

Pacjentowi przysługuje prawo dostępu do swoich danych, ich sprostowania oraz – w przypadkach określonych w RODO – ograniczenia przetwarzania lub usunięcia danych. Prawo do usunięcia danych nie znajduje zastosowania w zakresie, w jakim Administrator jest zobowiązany przepisami prawa do ich dalszego przetwarzania, w szczególności do przechowywania dokumentacji medycznej. Pacjent ma również prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stanisława Moniuszki 1A, 00-014 Warszawa).

Podanie danych wymaganych przepisami prawa jest niezbędne do udzielenia świadczenia zdrowotnego oraz prowadzenia dokumentacji medycznej. Niepodanie danych niezbędnych do identyfikacji Pacjenta lub udzielenia świadczenia może skutkować brakiem możliwości jego udzielenia w zakresie, w jakim przepisy wymagają podania tych danych.

Myślenice,.....
miejscowość i data

.....
podpis rodzica / przedstawiciela