

Imię i nazwisko  
pacjenta.....

Adres zamieszkania.....

telefon:.....

PESEL: 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Upoważnienie dotyczące uzyskiwania informacji na temat stanu zdrowia Pacjenta oraz dostępu do dokumentacji medycznej**

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r. (Dz.U. Nr 252, poz. 1697 z późn. zm.)  
w sprawie rodzaju i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania

**1. Nie upoważniam nikogo\* / Osobą upoważnioną\* do uzyskiwania informacji na mój temat,** w tym w szczególności dotyczących mojego stanu zdrowia i udzielonych świadczeń zdrowotnych:

|                                   |                                |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| Imię, Nazwisko osoby upoważnionej | data urodzenia/dane kontaktowe |
|-----------------------------------|--------------------------------|

|                                   |                                |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| Imię, Nazwisko osoby upoważnionej | data urodzenia/dane kontaktowe |
|-----------------------------------|--------------------------------|

**2. Nie upoważniam nikogo\* / Osobą upoważnioną\* do udostępnienia mojej dokumentacji medycznej** (w tym po mojej śmierci) jest:

|                                   |                                |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| Imię, Nazwisko osoby upoważnionej | data urodzenia/dane kontaktowe |
|-----------------------------------|--------------------------------|

|                                   |                                |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| Imię, Nazwisko osoby upoważnionej | data urodzenia/dane kontaktowe |
|-----------------------------------|--------------------------------|

Ponadto oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a o możliwości cofnięcia udzielonego upoważnienia.

3. Zobowiązuję się spełnić obowiązek informacyjny w imieniu Endoterapii PFG Sp. z o.o., który dostępny jest **w podmiocie leczniczym Endoterapia PFG Sp. z o.o** w stosunku do osób przeze mnie upoważnionych.

4. Zapoznałem się z zasadami przetwarzania danych dostępnymi na odwrocie.

5. Zgadzam się na otrzymywanie korespondencji drogą elektroniczną na adres mailowy:

**ADRES E-MAIL: (proszę wypełnić drukowanymi literami)**

.....  
Informujemy, że wyniki badań histopatologicznych będą wysłane na ww. adres e-mail tylko po wcześniejszym uzgodnieniu z rejestracją.

\*niewłaściwe skreślić

.....  
**Data i czytelny podpis pacjenta składającego oświadczenie**

Imię i nazwisko  
pacjenta .....

Adres zamieszkania.....

telefon:.....

PESEL: 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Upoważnienie dotyczące uzyskiwania informacji na temat stanu zdrowia Pacjenta oraz dostępu do dokumentacji medycznej**

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r. (Dz.U. Nr 252, poz. 1697 z późn. zm.)  
w sprawie rodzaju i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania

**1. Nie upoważniam nikogo\* / Osobą upoważnioną\* do uzyskiwania informacji na mój temat,** w tym w szczególności dotyczących mojego stanu zdrowia i udzielonych świadczeń zdrowotnych:

|                                   |                                |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| Imię, Nazwisko osoby upoważnionej | data urodzenia/dane kontaktowe |
|-----------------------------------|--------------------------------|

|                                   |                                |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| Imię, Nazwisko osoby upoważnionej | data urodzenia/dane kontaktowe |
|-----------------------------------|--------------------------------|

**2. Nie upoważniam nikogo\* / Osobą upoważnioną\* do udostępnienia mojej dokumentacji medycznej** (w tym po mojej śmierci) jest:

|                                   |                                |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| Imię, Nazwisko osoby upoważnionej | data urodzenia/dane kontaktowe |
|-----------------------------------|--------------------------------|

|                                   |                                |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| Imię, Nazwisko osoby upoważnionej | data urodzenia/dane kontaktowe |
|-----------------------------------|--------------------------------|

Ponadto oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a o możliwości cofnięcia udzielonego upoważnienia.

3. Zobowiązuję się spełnić obowiązek informacyjny w imieniu Endoterapii PFG Sp. z o.o., który dostępny jest **w podmiocie leczniczym Endoterapia PFG Sp. z o.o** w stosunku do osób przeze mnie upoważnionych.

4. Zapoznałem się z zasadami przetwarzania danych dostępnymi na odwrocie.

5. Zgadzam się na otrzymywanie korespondencji drogą elektroniczną na adres mailowy:

**ADRES E-MAIL: (proszę wypełnić drukowanymi literami)**

.....  
Informujemy, że wyniki badań histopatologicznych będą wysłane na ww. adres e-mail tylko po wcześniejszym uzgodnieniu z rejestracją.

\*niewłaściwe skreślić

.....  
**Data i czytelny podpis pacjenta składającego oświadczenie**

Podstawa prawna:

- 1) przepisy w/w ustawy z dnia 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009r., Nr 52, poz.417 ze. zm.):
- art.26.1. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.
- art. 26.2. Po śmierci pacjenta, prawo do wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia
- 2) rozdział 2 §8 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21.12.2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (DZ.U. Nr 252 poz.1697), który stanowi, że w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej zamieszcza się lub dołącza do niej oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia.

## **KLAUZULA INFORMACYJNA (PACJENCI)**

### **Administrator Danych Osobowych**

Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Endoterapia Pfg Sp.z o. o. z siedzibą w Warszawie (01-631), ul. Waryńskiego 10A. Można się z nami skontaktować:

- listownie, przysyłając korespondencję na nasz adres, telefonicznie, pod nr. telefonu: 22 825 62 99,
- mailowo, przysyłając korespondencję na adres [kontakt1@przychodniapfg.pl](mailto:kontakt1@przychodniapfg.pl).

### **Inspektor Ochrony Danych**

Powołaliśmy Inspektora Ochrony Danych Osobowych z którym można się skontaktować:

- listownie, przysyłając korespondencję na nasz adres (z dopiskiem IOD), mailowo, przysyłając korespondencję na adres: [iod@pfg.org.pl](mailto:iod@pfg.org.pl).

### **Źródło danych**

- W przypadku zapisania się na wizytę przez platformę Znany lekarz, Pana/Pani dane osobowe w zakresie imię, nazwisko, nr telefonu zostały nam udostępnione przez wspomnianą platformę.

### **Cel i podstawa przetwarzania danych osobowych**

Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie w celu:

- realizacji umowy na świadczenie usług medycznych, zgodnie z art. 6 ust 1 lit b RODO,
- realizacji świadczeń zdrowotnych, zgodnie art. 9 ust 2 lit h RODO,
- realizacji obowiązku prawnego ciążącego na nas, zgodnie art. 6 ust 1 lit c RODO, wynikającego z ustawy o Prawach Pacjenta i rzeczniku praw Pacjenta, ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, z obowiązku archiwizowania dokumentacji, z Art. 74 Ustawy o Rachunkowości, w związku z rozliczeniami oraz Kodeksu Cywilnego.
- realizacji usprawiedliwionych naszych celów, zgodnie z art. 6 ust 1 lit f RODO, takich jak roszczenia lub obrona przed roszczeniami, kontakt w celu umówienia terminu wizyty, jej odwołania lub przypomnienia, poinformowania o dostępności wyników badań,
- przesyłania informacji o promocjach oraz organizowanych akcjach edukacyjnych, w przypadku wyrażenia zgody, zgodnie z art. 6 ust 1 lit a RODO.

### **Odbiorcy danych**

Odbiorcami Pana/Pani danych osobowych mogą być podmioty, którym udostępnienie danych osobowych regulują oddzielne przepisy prawa, jak np. Minister Właściwy ds. Zdrowia, Centrum E-zdrowie, NFZ, dostawcy usług pocztowych, Urząd Skarbowy, placówki medyczne współpracujące z nami, kancelaria prawna, w przypadku wystąpienia roszczeń oraz podmioty współpracujące z nami w związku ze świadczeniem usług: hostingowych, medycznych, wsparcia informatycznego, dostawcy oprogramowania oraz rozwiązań informatycznych.

### **Okres retencji danych**

Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane przez okres:

- w przypadku zapisania na wizytę i nie stawienia się na niej (jeżeli nie jest Pan/Pani naszym Pacjentem) dane są niezwłocznie usuwane,
- wynikający z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – 20 lat,
- wynikający z przepisów podatkowych – 5 lat (od zakończenia roku),
- do czasu odwołania zgody na przesyłanie informacji handlowych lub wykonywania zdjęć przed i po zabiegu,
- do czasu przedawnienia roszczeń.

### **• Przysługujące prawa**

W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługują Panu/Pani następujące prawa:

- prawo dostępu do treści swoich danych,
- prawo do sprostowania,
- prawo do usunięcia danych w przypadku gdybyśmy je przetwarzali bez podstawy prawnej,
- prawo do przenoszenia, w zakresie danych które przetwarzamy na podstawie zawartej umowy lub udzielonej zgody,
- prawo ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu,
- prawo cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,
- prawo wniesienia skargi do UODO (ul. Stawki 2 00-193 Warszawa), gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych Pana/Pani dotyczących narusza przepisy RODO.

### **Dobrowolność podania danych**

Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest warunkiem skorzystania z naszych usług medycznych. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości skorzystania z naszych usług.

Podstawa prawna:

- 1) przepisy w/w ustawy z dnia 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009r.,Nr 52, poz.417 ze. zm.):
- art.26.1. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.
- art. 26.2. Po śmierci pacjenta, prawo do wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia
- 2) rozdział 2 §8 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21.12.2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (DZ.U. Nr 252 poz.1697), który stanowi, że w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej zamieszcza się lub dołącza do niej oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia.

## **KLAUZULA INFORMACYJNA (PACJENCI)**

### **Administrator Danych Osobowych**

Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Endoterapia Pfg Sp.z o. o. z siedzibą w Warszawie (01-631), ul. Waryńskiego 10A. Można się z nami skontaktować:

- listownie, przysyłając korespondencję na nasz adres, telefonicznie, pod nr. telefonu: 22 825 62 99,
- mailowo, przysyłając korespondencję na adres [kontakt1@przychodniapfg.pl](mailto:kontakt1@przychodniapfg.pl).

### **Inspektor Ochrony Danych**

Powołaliśmy Inspektora Ochrony Danych Osobowych z którym można się skontaktować:

- listownie, przysyłając korespondencję na nasz adres (z dopiskiem IOD), mailowo, przysyłając korespondencję na adres: [iod@pfg.org.pl](mailto:iod@pfg.org.pl).

### **Źródło danych**

- W przypadku zapisania się na wizytę przez platformę Znany lekarz, Pana/Pani dane osobowe w zakresie imię, nazwisko, nr telefonu zostały nam udostępnione przez wspomnianą platformę.

### **Cel i podstawa przetwarzania danych osobowych**

Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie w celu:

- realizacji umowy na świadczenie usług medycznych, zgodnie z art. 6 ust 1 lit b RODO,
- realizacji świadczeń zdrowotnych, zgodnie art. 9 ust 2 lit h RODO,
- realizacji obowiązku prawnego ciążącego na nas, zgodnie art. 6 ust 1 lit c RODO, wynikającego z ustawy o Prawach Pacjenta i rzeczniku praw Pacjenta, ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, z obowiązku archiwizowania dokumentacji, z Art. 74 Ustawy o Rachunkowości, w związku z rozliczeniami oraz Kodeksu Cywilnego.
- realizacji usprawiedliwionych naszych celów, zgodnie z art. 6 ust 1 lit f RODO, takich jak roszczenia lub obrona przed roszczeniami, kontakt w celu umówienia terminu wizyty, jej odwołania lub przypomnienia, poinformowania o dostępności wyników badań,
- przesyłania informacji o promocjach oraz organizowanych akcjach edukacyjnych, w przypadku wyrażenia zgody, zgodnie z art. 6 ust 1 lit a RODO.

### **Odbiorcy danych**

Odbiorcami Pana/Pani danych osobowych mogą być podmioty, którym udostępnienie danych osobowych regulują oddzielne przepisy prawa, jak np. Minister Właściwy ds. Zdrowia, Centrum E-zdrowie, NFZ, dostawcy usług pocztowych, Urząd Skarbowy, placówki medyczne współpracujące z nami, kancelaria prawna, w przypadku wystąpienia roszczeń oraz podmioty współpracujące z nami w związku ze świadczeniem usług: hostingowych, medycznych, wsparcia informatycznego, dostawcy oprogramowania oraz rozwiązań informatycznych.

### **Okres retencji danych**

Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane przez okres:

- w przypadku zapisania na wizytę i nie stawienia się na niej (jeżeli nie jest Pan/Pani naszym Pacjentem) dane są niezwłocznie usuwane,
- wynikający z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – 20 lat,
- wynikający z przepisów podatkowych – 5 lat (od zakończenia roku),
- do czasu odwołania zgody na przesyłanie informacji handlowych lub wykonywania zdjęć przed i po zabiegu,
- do czasu przedawnienia roszczeń.

### **• Przysługujące prawa**

W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługują Panu/Pani następujące prawa:

- prawo dostępu do treści swoich danych,
- prawo do sprostowania,
- prawo do usunięcia danych w przypadku gdybyśmy je przetwarzali bez podstawy prawnej,
- prawo do przenoszenia, w zakresie danych które przetwarzamy na podstawie zawartej umowy lub udzielonej zgody,
- prawo ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu,
- prawo cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,
- prawo wniesienia skargi do UODO (ul. Stawki 2 00-193 Warszawa), gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych Pana/Pani dotyczących narusza przepisy RODO.

### **Dobrowolność podania danych**

Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest warunkiem skorzystania z naszych usług medycznych. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości skorzystania z naszych usług.