



FORMULARZ

F-6/I

Wydanie 5

UPOWAŻNIENIE DO ODEBRANIA DOKUMENTACJI I/LUB
UDZIELANIA INFORMACJI

Strona: 1

Stron: 2

Data: 25.05.2018

Dane pacjenta:

.....
Imię i nazwisko

.....
data urodzenia

.....
adres email

.....
nr telefonu kontaktowego

ODBIÓR DOKUMENTACJI

Nie upoważniam żadnej osoby do odbioru dokumentacji medycznej

Upoważniam do odbioru mojej dokumentacji medycznej Pana/Panią:

.....
imię i nazwisko osoby upoważnionej

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

Nie upoważniam żadnej osoby do uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych

Upoważniam do uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych Pana/Panią:

.....
imię i nazwisko osoby upoważnionej, nr telefonu osoby upoważnionej

.....
data i czytelny podpis pacjenta

WYPEŁNIA PRACOWNIK HELIMED

Sprawdzono dane osoby upoważnionej

Stwierdzono przyjęcie upoważnienia

.....
data i czytelny podpis pracownika

.....
data i czytelny podpis pracownika



FORMULARZ

F-6/I

Wydanie 5

UPOWAŻNIENIE DO ODEBRANIA DOKUMENTACJI I/LUB
UDZIELANIA INFORMACJI

Strona: 2

Stron: 2

Data: 25.05.2018

Na podstawie 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, (dalej jako „RODO”/ „Rozporządzenie”), informujemy, że administratorem Państwa danych osobowych jest HELIMED DIAGNOSTIC IMAGING SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA z siedzibą w Katowicach (40-760), przy ulicy Panewnickiej 65, NIP: 6342297288, REGON:276200044 (dalej: HELIMED).

Przetwarzanie Państwa danych jest niezbędne dla wykonania badania lub realizacji świadczenia rehabilitacyjnego (w tym dokonania rejestracji oraz stworzenia Państwa dokumentacji medycznej). Przesłanką prawną do przetwarzania Państwa danych jest obowiązek prawny ciążyący na administratorze oraz przetwarzanie niezbędne do realizacji umowy służącej gwarancji udzielenia świadczenia medycznego.

Podanie nam swoich danych jest obligatoryjne, obowiązek ten oraz zakres zbieranych danych jest uregulowany w przepisach obowiązującego prawa. Jeżeli jednak postanowią Państwo odmówić podania nam swoich danych, prosimy pamiętać, że nie będziemy mogli zrealizować dla Państwa świadczenia zdrowotnego.

Państwa dane będą przez HELIMED przechowywane, zasadniczo w postaci dokumentacji medycznej, przez okres:

- 10 lat w przypadku zapisu badania obrazowego, przechowywanego poza dokumentacją medyczną
- 22 lata w przypadku dokumentacji medycznej dziecka poniżej 2 roku życia
- 20 lat w przypadku standardowej dokumentacji medycznej
- 30 lat w przypadku dokumentacji pacjenta, którego zgon, na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, miał miejsce na terenie HELIMEDU,
- w przypadku skierowań okres ten wynosi 5 lat, gdy wykonano badanie i 2 lata, gdy badanie nie zostało wykonane z uwagi na niezgłoszenie się pacjenta.
- 2 tygodnie od dnia, w którym miało być zrealizowane świadczenie w przypadku Pacjenta, który umówił się jednak nie dostarczył skierowania

Odbiorcami Państwa danych mogą być jednostki kierujące na świadczenie, podmioty i organy do tego uprawnione na mocy przepisów prawa. Ponadto dane osobowe będące w zasobach HELIMED mogą być powierzane firmom współpracującym z HELIMED w zakresie niezbędnym do realizacji świadczeń i zachowania przez HELIMED obowiązkowej ciągłości działania, np. dostawca systemu służącemu e-rejestracji. Informujemy również, iż Państwa dane mogą być przekazywane do Państwa trzeciego, gdzie siedzibę ma podmiot serwisujący sprzęt medyczny.

Państwa dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany. Nie będą profilowane.

W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługuje Państwu prawo dostępu do danych osobowych, prawo do sprostowania danych osobowych, prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uznają Państwo, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia. Przysługuje również Państwu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Oświadczam, że zapoznałem się z informacją, że administratorem danych osobowych jest HELIMED DIAGNOSTIC IMAGING SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA z siedzibą w Katowicach (40-760), przy ulicy Panewnickiej 65, NIP: 6342297288, REGON:276200044 (dalej: HELIMED), a także informacją o celach, przesłankach i sposobach przetwarzania danych osobowych, okresie ich przechowywania oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich sprostowania, a także wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

.....
data i czytelny podpis pacjenta