

**Karta Informacyjna**

<b>IMIĘ</b>																<b>NAZWISKO</b>															
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<b>PESEL</b>																	<b>DATA URODZENIA</b>											
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<b>ULICA</b>																	<b>NUMER</b>								
<b>MIEJSCOWOŚĆ</b>																	<b>KOD</b>								

<b>TELEFON</b>																	<b>EMAIL</b>											
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Ja niżej podpisany wyrażam zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO\* wyrażną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez **AM MEDIC Sp. z o.o.** w celu komunikacji korzystania z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dot. planowanych wizyt, jak również informacji o medycznej działalności **AM MEDIC Sp. z o.o.**

Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki, o których mowa w art. 7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie, zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie o warunku możliwości jej rozliczalności. Zostałem również poinformowany o tym, że dane zbierane są przez **AM MEDIC Sp. z o.o.** w celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

Wyrażam zgodę na proponowane mi leczenie w **AM MEDIC Sp. z o.o.** w tym również na wykonywanie towarzyszących leczeniu świadczeń medycznych m.in. badań lekarskich, diagnostycznych, badań histopatologicznych, czynności zapobiegawczych, które zostaną uznane za stosowne dla ratowania mojego zdrowia i życia w sytuacjach wymagających.

.....  
Czytelny podpis pacjenta

\*Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 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).



Szanowny Pacjencie.

na podstawie art. 13 ust. 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 informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **AM MEDIC Sp. z o.o.** z siedzibą w Poznaniu (61-315), ul. Pokrzywno 26B.

2. We wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem i ochroną Pani/Pana danych osobowych może się Pani/Pan z nami kontaktować pod adresem email: **am.medic.sp@gmail.com**

3. Przetwarzamy Pani/Pana dane zwykłe i szczególnie chronione w zakresie takich danych jak: nazwisko i imię (imiona), numer PESEL, oznaczenie płci, data urodzenia, adres miejsca zamieszkania, dane z dokumentu potwierdzającego tożsamość obejmujące jego nazwę i nazwę kraju, w który został wystawiony, w przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona - nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania, nr telefonu, adres e-mail, dane kontaktowe osób (imię, nazwisko, nr PESEL, nr telefonu), które pacjent upoważnił do uzyskania informacji o jego stanie zdrowia, do dostępu do dokumentacji medycznej oraz wszystkie inne informacje dotyczące procesu leczenia tworzące dokumentację medyczną, w szczególności informacje o stanie zdrowia, jak również informacje o nałogach, czy preferencjach seksualnych, czy dane genetyczne.

4. Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane przez Administratora będącego podmiotem leczniczym celem zapewnienia opieki zdrowotnej, postawienie diagnozy i poprowadzenie w sposób właściwy procesu leczenia, a także w celu zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej. Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane na podstawie:

a) art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO w zw. z art. 25 pkt 1 Ustawy o prawach pacjenta oraz 5 10 ust. 1 pkt 2 Rozporządzenia w sprawie dokumentacji\*\* w celu ustalenia tożsamości pacjenta, w szczególności poprzez zgłoszenie do objęcia opieką medyczną, weryfikację danych podczas umawiania wizyty na odległość (np. przez infolinię, e-rejestrację),

b) art. 9 ust. 2 lit. h RODO w zw. z art. 24 ust. 1 Ustawy o prawach pacjenta\* oraz Rozporządzenia w sprawie dokumentacji\*\* w celu prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej,

c) art. 6 ust. 1 lit.c RODO w zw. z art. 9 ust. 3 oraz art. 26 ust. 1 Ustawy o prawach pacjenta oraz § 8 ust. 1 Rozporządzenia w sprawie dokumentacji celem realizacji praw pacjenta, w tym odbieranie i archiwizacja oświadczeń pacjenta, w których pacjent upoważnia inne osoby do dostępu do dokumentacji medycznej oraz do udzielania im informacji o stanie zdrowia,

d) art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO (prawnie uzasadniony interes Administratora, jakim jest opieka nad pacjentem oraz sprawniejsze zarządzanie podmiotem leczniczym) w celu nawiązywania kontaktu pod podanym nr telefonu czy adresem e-mail, aby np. potwierdzić rezerwację, przypomnieć bądź odwołać termin, poinformować o konieczności przygotowania się do umówionego zabiegu czy poinformować o możliwości odbioru wyniku badań,

e) art. 6 ust. 1 lit.c RODO w związku z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości celem wystawiania np. rachunków za wykonane przez AM MEDIC sp. z o.o. usługi, co może się wiązać z koniecznością przetwarzania danych osobowych oraz dochodzenia roszczeń z tego tytułu i obrony praw WCO na podst. art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO (tzw. prawnie uzasadniony interes Administratora),

f) art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO (tzw. prawnie uzasadniony interes Administratora) w trakcie trwania opieki lub po wykonaniu danej usługi możemy kierować do Pani/Pana ankiety z prośbą o informację zwrotną, celem poinformowania, co jeszcze można zrobić lepiej aby zapewnić odpowiednią opiekę i poprawę jakości usług. Jednocześnie w każdej chwili istnieje możliwość poinformowania AM MEDIC Sp. z o.o. (na adres **am.medic.sp@gmail.com**) o żądaniu zaprzestania otrzymywania od AM Medic Sp.z. o.o. takich treści - ich wysyłka wówczas zostanie zablokowana,

g) art. 6 ust. 1 lit. a) RODO możemy przetwarzać Pani/Pana wizerunek celem poprawnej identyfikacji przed udzieleniem świadczenia zdrowotnego na aparatach terapeutycznych. Dane przetwarzane będą w postaci

elektronicznej, w systemach obsługujących te aparaty. Podanie danych jest dobrowolne a ich przetwarzanie uzależnione od wyrażenia dobrowolnej, świadomej zgody pacjenta na przetwarzanie wizerunku.

5. Pacjencie, korzystanie z usług w AM MEDIC Sp. z o.o. jest w pełni dobrowolne. Jednakże w przypadku wyboru naszej placówki, AM Medic jako podmiot leczniczy, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej, w tym do oznaczenia tożsamości pacjenta z wykorzystaniem jego danych osobowych, czy wystawienia rachunku. W takim przypadku podanie danych jest obowiązkowe a niepodanie danych może skutkować odmową rezerwacji wizyty czy udzielenia świadczenia zdrowotnego (poza tymi ratującymi życie). Podanie nr telefonu czy adresu e-mail odbywa się na zasadzie dobrowolności - ich niepodanie nie będzie jednak skutkowało odmową udzielenia świadczenia zdrowotnego, lecz wówczas kontakt będzie niemożliwy.

6. Pacjencie posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich sprostowania, prawo wniesienia sprzeciwu, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych do innego administratora, lub jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody prawo do jej cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Jeżeli chce Pan/Pani skorzystać z w/w uprawnień - proszę wysłać wiadomość pocztową na adres am.medic.sp@gmail.com.

7. Ma Pani/Pan również prawo wniesienia skargi do Organu Nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

8. AM MEDIC Sp. z o.o. jako Administrator dba o poufność danych. Z uwagi jednak na konieczność wypełnienia celu przetwarzania, realizacji praw pacjenta czy zapewnienia odpowiedniej organizacji pracy, np. w zakresie infrastruktury informatycznej, bezpieczeństwa przetwarzanych danych, może udostępniać dane podmiotom, z którymi ma zawarte odrębne umowy na świadczenie usług, w tym: podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych w zakresie niezbędnym do zachowania ciągłości leczenia oraz dostępności opieki zdrowotnej, podmiotom usług zaopatrujących Administratora w rozwiązania techniczne i informatyczne oraz organizacyjne, umożliwiające udzielanie świadczeń zdrowotnych, podmiotom kontrolującym lub innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.

9. Pani/Pana dane nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

10. Pacjencie, Pani/Pana dane osobowe objęte dokumentacją medyczną, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z przepisów prawa, będą przechowywane przez okres 20 lat od dnia dokonania w niej ostatniego wpisu. Jeżeli dane były przetwarzane w celu dochodzenia roszczeń (np. w postępowaniach windykacyjnych) dane przetwarzane będą w tym celu przez okres przedawnienia roszczeń, wynikający z przepisów Kodeksu Cywilnego. Wszelkie dane przetwarzane na potrzeby rachunkowości oraz ze względów podatkowych przetwarzane będą przez 5 lat liczonych od końca roku kalendarzowego, w którym powstał obowiązek podatkowy. Po upływie wyżej wymienionych okresów dane są usuwane.

\* Ustawa o prawach pacjenta - ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;

\*\* Rozporządzenie w sprawie dokumentacji - Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;

Zapoznał-em/am się z treścią obowiązku  
informacyjnego

.....

Podpis Pacjenta