

**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA
DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO DLA OSÓB DOROSŁYCH
WENTYLOWANYCH MECHANICZNIE
KAŚMIN DOM SENIORA SP. Z O.O. W DROŹDZÓWCE**

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer pesel

....., dnia.....
Miejscowość

.....
podpis świadczeniobiorcy

Oświadczenie

Ja niżej podpisana/y.....
Wyrażam zgodę na ponoszenie odpłatności za zakwaterowanie i wyżywienie w zakładzie opiekuńczo leczniczym, ustalonej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpień 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity- Dz.U.2008r, nr 164 poz 1027 z późn. zm.) oraz jej potrącenie z mojej renty/emerytury przez właściwy organ emerytalno- rentowy lub przez właściwy ośrodek pomocy społecznej ze świadczenia wypłaconego przez ten organ.

....., dnia.....
Miejscowość

.....
podpis osoby składającej świadczenie

.....
Stwierdzam własnoręcznie podpisu

PIECZĘĆ ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ
**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO/
ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO*)**

Niniejszym kieruję:

.....
Nazwisko i imię świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

.....
Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....
Nr telefonu do kontaktu

.....
Numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy

.....
Rozpoznanie w języku polskim według ICD-10 (choroba zasadnicza)

.....
Rozpoznanie w języku polskim według ICD-10 (choroby współistniejące)

.....
Dotychczasowe leczenie

.....
Potrzeba kontynuacji dotychczasowego leczenia (tak/nie *)

.....
Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca**

.....
Przypadek nagły, wynikający ze zdarzeń losowych i uzasadniony stanem zdrowia (tak/nie *)

.....
Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię i nazwisko, nr telefonu do kontaktu)***

.....
Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię i nazwisko, nr telefonu do kontaktu)***

.....
-do zakładu opiekuńczo- leczniczego/ zakładu pielęgnacyjna- opiekuńczego*.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz pieczęć
podmiotu leczniczego, w przypadku
gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu opiekuńczo- leczniczego

..... Data urodzenia

Adres zamieszkania.....

I. Wywiad (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki

.....
.....
.....
.....
.....

II. Badanie przedmiotowe: waga..... wzrost/ciepłota.....

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe.....

2. Układ oddechowy.....

3. Układ krążenia: wydolny- niewydolny*), ciśnienie krwi tętno/min.....

4. Układ trawienia.....

5. Układ moczowo-płciowy.....

6. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi.....

7. Układ nerwowy i narządy zmysłów.....

8. Rozpoznanie (choroba zasadnicza):.....

9. Schorzenia współistniejące:*)

a) choroba zakaźna tak-nie, jeśli tak, to jaka.....

b) gruźlica: tak - nie, jeśli tak, to czy w stadium zakaźnym: tak -nie

c) narkomania: tak - nie

d) choroba psychiczna: tak- nie, jeśli tak, to jaka?.....

III. Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona wymaga: całodobowej opieki, pielęgnacji, rehabilitacji i w chwili badania nie wymaga hospitalizacji *)

.....

Miejscowość, data

Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz pieczęć podmiotu leczniczego, w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie

Karta kwalifikacji dorosłych do leczenia żywieniowego

Nazwisko i imię pacjenta:	PESEL:	Wiek:
Data badania: dzień: miesiąc: rok:		

Rozpoznanie (wg ICD – 10):		
1.	Przesiewowa ocena stanu odżywienia	NRS lub SGA
		BMI
2.	Szczegółowa ocena stanu odżywienia	
	Utrata masy ciała w ciągu ostatnich 3 miesięcy	<input type="checkbox"/> powyżej 10% masy ciała wyjściowej
		<input type="checkbox"/> poniżej 10% masy wyjściowej
	Białko całkowite	<input type="checkbox"/> poniżej normy
		<input type="checkbox"/> norma
	Albumina	<input type="checkbox"/> poniżej normy
		<input type="checkbox"/> norma
	Cholesterol całkowity	<input type="checkbox"/> poniżej normy
		<input type="checkbox"/> norma
	Możliwe skuteczne odżywianie doustne	<input type="checkbox"/> nie Leczenie żywieniowe dojelitowe wypełnić pkt. 3, 4, 7 – 9
	Możliwe skuteczne żywienie drogą przewodu pokarmowego	<input type="checkbox"/> nie Leczenie żywieniowe pozajelitowe wypełnić pkt. 5 – 9
3.	Wskazania do leczenia żywieniowego dojelitowego	<input type="checkbox"/> dysfagia <input type="checkbox"/> niedrożność górnej części przewodu pokarmowego <input type="checkbox"/> śpiączka niemetaboliczna <input type="checkbox"/> inne
4.	Dostęp dojelitowy	zgłębnik: <input type="checkbox"/> nosowo – żołądkowy, <input type="checkbox"/> nosowo – dwunastniczy, <input type="checkbox"/> nosowo – jelitowy <input type="checkbox"/> gastrostomia <input type="checkbox"/> jejunostomia
5.	Wskazania do leczenia żywieniowego pozajelitowego	<input type="checkbox"/> niedożywienie <input type="checkbox"/> okres okołoperacyjny u dorosłych <input type="checkbox"/> wyniszczenie (BMI < 17) <input type="checkbox"/> niedożywienie (BMI 17-19) bez możliwości wykorzystania przewodu pok. > 5 dni <input type="checkbox"/> BMI ≥ 19 bez możliwości wykorzystania przewodu pok. > 7 dni <input type="checkbox"/> powikłania pooperacyjne bez możliwości skutecznego odżywiania doustnego <input type="checkbox"/> reoperacja w okresie 30 dni po poprzedniej operacji <input type="checkbox"/> niewydolność przewodu pokarmowego ostra lub przewlekła <input type="checkbox"/> inne
6.	Dostęp pozajelitowy	<input type="checkbox"/> żyły obwodowe, <input type="checkbox"/> PICC, <input type="checkbox"/> żyła centralna <input type="checkbox"/> cewnik nietunelizowany, <input type="checkbox"/> port <input type="checkbox"/> cewnik permanentny, typ cewnika
7.	Cel leczenia żywieniowego:	<input type="checkbox"/> utrzymanie stanu odżywienia, <input type="checkbox"/> poprawa stanu odżywienia, <input type="checkbox"/> leczenie choroby podstawowej lub jej powikłań
8.	Ocena ryzyka powikłań metabolicznych lub zespół ponownego odżywienia :	<input type="checkbox"/> małe <input type="checkbox"/> duże
9.	Dni leczenia żywieniowego:	żywienie dojelitowe dni kompletne żywienie pozajelitowe dorosłych dni częściowe (niekompletne) żywienie pozajelitowe dni leczenie żywieniowe immunomodulujące dni

.....
Pieczętka i podpis lekarza leczącego

Karta kwalifikacji pacjenta do przewlekłej wentylacji w warunkach stacjonarnych

Nazwisko i imię:.....

PESEL:.....

I. Pacjent spełnia następujące kryteria kwalifikacji:

1. Przewlekła niewydolność oddechowa w przebiegu zdiagnozowanych schorzeń nerwowo- mięśniowych, OUN i płucnych.
2. Stan stabilny, nie wymagający inwazyjnego monitorowania, brak cech czynnego zakażenia.
3. Tryb i parametry wentylacji zostały ustalone w szpitalu pod kontrolą badań dodatkowych, a wymiana gazowa charakteryzuje się stabilnością przy ustalonych parametrach wentylacji.
4. Wymaga wentylacji jedynie metodą konwencjonalną bez konieczności stosowania HFO, IRV, ILV.
5. Nie wymaga wysokich $FiO_2 = > 40\% O_2$.
6. Przy wentylacji prze tracheostomie, rana jest zagojona, wymiana rurki odbywa się bez trudności.
7. Przy współistniejących zaburzeniach połykania założona gastrostomia odżywcza.
8. Odleżyny III i IV stopnia opracowane są chirurgicznie.

II. Rozpoznanie:

--

Kod ICD-10

--

III. Stwierdzam, że u osoby wyżej wymienionej:

1. Zakończone i udokumentowane zostało leczenie przyczynowe lub nie ma możliwości takiego leczenia.
2. Występuje przewlekła niewydolność oddechowa, a wykonane wszelkie niezbędne badania diagnostyczne uzasadniają rozpoznanie i potwierdzają niemożliwość stosowania innej formy terapii niż ciągła wentylacja.
3. W chwili obecnej nie wymaga hospitalizacji w oddziale intensywnej terapii.

IV. Zalecenia lekarskie:

1.	Do tej pory prowadzone wentylację:	
	TRYB	
	PEEP	
	FiO2	
	Inne parametry	
	Rozmiar rurki tracheostomijnej	
2.	Przyjmowane leki:	
3.	Sonda żołądkowo/gastrosomnia:	
4.	Dieta:	
5.	Rehabilitacja:	
6.	Inne zalecenia/ leczenie farmakologiczne:	

V. **Aktualne wyniki posiewu mikrobiologicznego materiału pobranego z drzewa oskrzelowego:**

.....

.....

.....

.....

.....

VI. **Aktualne wyniki badań laboratoryjnych:**

- CRP.....
- Kreatynina i mocznik.....
- Morfologia.....
- Elektrolity.....
- Gazometria.....
- ASPAT, ALAT.....

Nazwa jednostki kwalifikacyjnej

Podpis lekarza anestezjologa, data

WYWIAD PIELEŃNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

WYWIAD PIELEŃNIARSKI

1. Dane świadczeniobiorcy

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

2. Rozpoznanie problemów z zakresu pielęgnacji (zaznaczyć właściwe, ewentualnie opisać):

a) odżywianie

–samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- karmienie przez gastrostomię lub zgłębnik
- karmienie pacjenta z zaburzonym połykaniem
- zakładanie zgłębnika
- inne niewymienione

b) higiena ciała

–samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- w przypadku pacjenta wentylowanego mechanicznie – toaleta jamy ustnej lub toaleta drzewa oskrzelowego oraz wymiana rurki tracheostomijnej
- inne niewymienione

c) oddawanie moczu

–samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- cewnik
- inne niewymienione

d) oddawanie stolca

–samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- pielęgnacja stonii
- wykonywanie lewatyw i irygacji
- inne niewymienione

e) przemieszczanie pacjenta

–samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- z zaawansowaną osteoporozą
- którego stan zdrowia wymaga szczególnej ostrożności
- inne niewymienione

- f) rany przewlekłe
 odleżyny
 rany cukrzycowe
 inne niewymienione
- g) oddychanie wspomagane
- h) świadomość pacjenta: tak/nie/z przerwami*
- i) inne
3. Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel**/**

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć pielęgniarki

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga* skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego/zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego*.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć lekarza

* Niepotrzebne skreślić.

** W przypadkach określonych w art. 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. Nr 205, poz. 1203) opinia konsultanta ochrony zdrowia, o którym mowa w art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419, z późn. zm.), zastępuje ocenę skalą Barthel.

*** W przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia wpisać: „nie ma zastosowania”.

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO/PRZEBYŁAWNEGO W ZAKŁADZIE
OPIEKUŃCZYM

Ocena świadczeń wg. Skali Barthel²

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy.....

Adres zamieszkania.....

Numer PESEL, a w przypadku jego braku –numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.....

Ocena świadczeń wg. Skali Barthel

Lp	Czynność ³	Wynik ⁴
1.	Spożywanie posiłków 0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 = samodzielny, niezależny	
2.	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem/siadanie 0 = nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5 = większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) 10 = mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15 = samodzielny	
3.	Utrzymanie higieny osobistej 0 = potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0 = zależny 5 = potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10 = niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5.	Mycie, kąpiel całego ciała 0 = zależny 5 = niezależny lub pod prysznicem	
6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich 0 = nie porusza się lub < 50m 5 = niezależny na wózku, wliczając zakręty >50m 10 = spacer z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50m 15 = niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski >50m	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0 = nie jest w stanie 5 = potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10 = samodzielny	
8.	Ubieranie się i rozbieranie 0 = zależny 5 = potrzebuje, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10 = niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.	
9.	Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 = czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 = panuje, utrzymuje stolec	
10.	Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 = czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 = panuje, utrzymuje mocz	
Wynik kwalifikacji⁵		

.....
Data, pieczęć odpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego
albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga skierowania do zakładu opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie
opiekuńczym.....

.....
Data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego
albo lekarza zakładu opiekuńczego

Pieczęć nagłówkowa

SKALA GLASGOW

Nazwisko i imię PESEL.....

- Otwieranie oczu:
 - 4 punkty – spontaniczne
 - 3 punkty – na polecenie
 - 2 punkty – na bodźce bólowe
 - 1 punkt – nie otwiera oczu

- Kontakt słowny:
 - 5 punktów – odpowiedź logiczna, pacjent zorientowany co do miejsca, czasu i własnej osoby
 - 4 punkty – odpowiedź splątana, pacjent zdezorientowany
 - 3 punkty – odpowiedź nieadekwatna, nie na temat lub krzyk
 - 2 punkty – niezrozumiałe dźwięki, pojękiwanie
 - 1 punkt – bez reakcji

- Reakcja ruchowa:
 - 6 punktów – spełnianie ruchowych poleceń słownych, migowych
 - 5 punktów – ruchy celowe, pacjent lokalizuje bodziec bólowy
 - 4 punkty – reakcja obronna na ból, wycofanie, próba usunięcia bodźca bólowego
 - 3 punkty – patologiczna reakcja zgięciowa, odkorowanie (przywiedzenie ramion, zgięcie w stawach łokciowych i ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych)
 - 2 punkty – patologiczna reakcja wyprostna, odmóżdzenie (odwiedzenie i obrót ramion do wewnątrz, wyprost w stawach łokciowych, nawrócenie przedramion i zgięcie stawów ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych, odwrócenie stopy)
 - 1 punkt – bez reakcji

Suma punktów

Uwzględnia się najlepszą uzyskaną odpowiedź w każdej kategorii. Łącznie można uzyskać od 3 do 15 punktów, ale należy zaznaczyć z jakich składowych powstał wynik (np. GCS 12: 3/4 + 4/5 + 5/6).

Na podstawie skali Glasgow zaburzenia przytomności dzieli się na:

- GCS 13–15 – łagodne
- GCS 9–12 – umiarkowane
- GCS 6–8 – brak przytomności
- GCS 5 – odkorowanie
- GCS 4 – odmóżdzenie
- GCS 3 – śmierć mózgową

.....
Podpis lekarza oceniającego

Dane pacjenta do rejestracji

Imię i nazwisko: Pesel:

Nazwisko rodowe:

Imiona rodziców:

Data i miejsce urodzenia:

Seria i numer dowodu osobistego:Data ważności:.....

Wykształcenie

Stan cywilny

Adres zameldowania

Adres zamieszkania.....

Nr świadczenia

Nr legitymacji:

Organ wydający:

Data wystawienia: Data ważności:

Adres przychodni lekarskiej, w której osoba starająca się o przyjęcie leczyla się

.....

Czy osoba starająca się o przyjęcie posiada dodatkowe dochody(jakie)

.....

Czy osoba starająca się o przyjęcie była leczona w Poradni Zdrowia Psychicznego lub Szpitalu
Psychiatrycznym

.....

Czy osoba starająca się o przyjęcie przebywała w innej placówce całodobowej (ZOL, DPS, Prywatny Dom
Opieki) jeśli tak to w jakiej i gdzie?

.....

Kontakt do rodziny (imię, nazwisko, numer tel., pokrewieństwo)

.....

OŚWIADCZENIA

Ja.....Pesel

będąc pacjentem "Kaśmin" Dom Seniora Sp. z o.o. 05-332 Drożdżówka 5a

WYRAŻAM ZGODĘ

na przeprowadzenie badania lub przeprowadzanie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. O prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Data

Podpis pacjenta

UPOWAŻNIAM

Panią/Pana

adres

nr D.O..... telefon

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych mi świadczeniach zdrowotnych

Data

Podpis pacjenta

UPOWAŻNIAM

Panią/Pana

adres

nr. D.O.telefon

do uzyskiwania dokumentacji

Data

Podpis pacjenta

Obowiązek Informacyjny

Kto jest administratorem moich danych?	Administratorem Pani / Pana danych osobowych jest „KAŚMIN” Dom Seniora Sp. z o.o. z siedzibą w Drożdżówka 5a, 05-332 Siennica (dalej: „KAŚMIN”).	
Z kim mogę się skontaktować w kwestiach związanych z przetwarzaniem moich danych osobowych?	We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem Pani / Pana danych osobowych może Pani / Pan skontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych, dostępnym pod adresem e-mail: IODO@kasmin.pl.	
Jaki jest zakres przetwarzanych przez KAŚMIN moich danych osobowych?	<p>W celu objęcia Pani / Pana opieką zdrowotną w naszej placówce, koniecznym będzie zebranie następującego zakresu danych: imię, nazwisko, nr PESEL, płeć oraz data urodzenia (w przypadku osób nieposiadających nr PESEL), główna miejscowość opieki, adres zamieszkania, pokrewieństwo (w przypadku osób zgłaszanych przez członka rodziny). Może Pani / Pan przekazać nam również swój adres e-mail oraz numer telefonu, ale te dane nie są niezbędne do świadczenia usług opieki zdrowotnej.</p> <p>Podczas korzystania z usług świadczonych przez KAŚMIN, koniecznym będzie stworzenie Pani / Pana dokumentacji medycznej, w której zawarte będą informacje dotyczące procesu leczenia, w szczególności informacje o Pani / Pana stanie zdrowia jak również mogą znaleźć się tzw. informacje wrażliwe, które mogą dotyczyć na przykład Pani / Pana nałogów. Te informacje mogą być niezbędne do prawidłowego prowadzenia procesu leczenia i będą zbierane tylko w takich sytuacjach.</p>	
Jaki jest cel przetwarzania moich danych osobowych?	Przetwarzamy Pani / Pana dane osobowe, jako podmiot leczniczy a celem tego przetwarzania jest zapewnienie opieki zdrowotnej i zarządzanie systemami i usługami opieki zdrowotnej, przez co rozumiemy:	
	Cel przetwarzania	Podstawa prawna (pełne nazwy aktów prawnych znajdziesz na końcu formularza)
	Ustalenie Pani / Pana tożsamości przed rozpoczęciem udzielania świadczeń.	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 § 10 ust. 1 pkt 2 Rozporządzenia MZ.
	Jako podmiot leczniczy jesteśmy zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej.	Art. 9 ust. 2 lit. h RODO w zw. z art. 24 ust. 1 Ustawy o prawach pacjenta oraz Rozporządzenia MZ.
	Realizujemy Pani / Pana prawa, jako naszego pacjenta, np. odbieramy i archiwizujemy Pani / Pana oświadczenia, w których upoważnia Pani / Pan inne osoby do dostępu do Pani / Pana dokumentacji medycznej oraz udzielania im informacji o stanie Pani / Pana zdrowia.	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 MZ
	Jako administrator danych będący przedsiębiorcą mamy prawo do dochodzenia roszczeń z tytułu prowadzonej przez nas działalności gospodarczej i tym samym przetwarzania Twoich danych w tym celu.	Art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO, jako tzw. prawnie uzasadniony interes administratora, którym jest dochodzenie naszych roszczeń i obrona naszych praw.
	Na KAŚMIN, jako przedsiębiorcy spoczywają obowiązki nałożone również innymi aktami prawa, w tym np. obowiązek prowadzenia ksiąg rachunkowych czy obowiązki podatkowe jak konieczność wystawiania rachunków za wykonane przez nas usługi, co może się wiązać z koniecznością przetwarzania Pani / Pana danych osobowych.	Art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zw. z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości.

Czy moje dane przetwarzane są w jakiś jeszcze sposób?	Nie, KAŚMIN nie stosuje żadnych procesów opartych o zautomatyzowane podejmowanie decyzji w tym profilowanie.
Komu przekazywane są moje dane osobowe?	Poufność Pani / Pana danych jest dla nas priorytetem. Jednak z uwagi na konieczność z uwagi na konieczność zapewnienia sprawnego działania naszej placówki, Pani / Pana dane osobowe mogą być przekazywane następującym kategoriom odbiorców: a. Podmiotom odpowiedzialnym za ubezpieczenia społeczne w tym jednostkom publicznym (NFZ) i prywatnym; b. Laboratoriom analitycznym i podmiotom zapewniającym transport medyczny; c. Osobom upoważnionym przez Panią / Pana w ramach realizacji praw pacjenta.
Czy moje dane są przekazywane poza Unię Europejską (EOG)?	Nie, KAŚMIN nie przekazuje danych osobowych do państw znajdujących się poza Europejskim Obszarem Gospodarczym
Przez jaki czas przetwarzane są moje dane osobowe?	W przypadku przetwarzania Pani / Pana danych medycznych, mamy obowiązek przechowywania ich, co najmniej przez okres 20 lat od dnia dokonania w dokumentacji ostatniego wpisu. Z zastrzeżeniem tego terminu, jeżeli dane były przez nas przetwarzane w celu dochodzenia roszczeń (np. w postępowaniach windykacyjnych) przetwarzamy dane w tym celu przez okres przedawnienia roszczeń, wynikający z przepisów kodeksu cywilnego. Po upływie wyżej wymienionych okresów Pani / Pana dane są usuwane lub poddawane anonimizacji.
Czy podanie danych jest moim obowiązkiem?	Korzystanie z usług KAŚMIN jest całkowicie dobrowolne, jednakże, jako podmiot świadczący usługi lecznicze jesteśmy zobowiązani przepisami prawa do przetwarzania danych pacjenta. W takim przypadku niepodanie danych może skutkować odmową udzielenia świadczenia.
Jakie mam prawa?	Jako administrator Pani / Pana danych, zapewniamy Pani / Panu prawo dostępu do danych, sprostowania ich, żądania usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. Może Pani / Pan także skorzystać z uprawnienia do złożenia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani / Pana danych oraz prawa do przenoszenia danych do innego administratora danych. Informujemy także, że przysługuje Pani / Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorującego przestrzeganie przepisów ochrony danych osobowych.
<p>RODO - Rozporządzenie 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; Ustawa o prawach pacjenta - ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;</p> <p>Rozporządzenie MZ - Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;</p>	

.....
data i podpis pacjenta