

**WNIOSEK O WYDANIE SIEROWANIA
DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO
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 własnoręczność 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

PIECZĘĆ ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ

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

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

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/PRZEBYLAWNEGO 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 podpis 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

Dane pacjenta do rejestracji

Imię i nazwisko: Pesel:

Nazwisko rodowe:

Imiona rodziców:

Data i miejsce urodzenia:

Seria i numer dowodu osobistego:

Wykształcenie

Stan cywilny

Adres zamieszkania/ zameldowania

.....

Nr legitymacji ubezpieczenia

Nr świadczenia:

Organ wydający:

Data wystawienia: Data ważności:

Adres przychodni lekarskiej, w której osoba starająca się o przyjęcie leczyła 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.).....

.....

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? | <p>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:</p> <table border="1" data-bbox="403 992 1538 1993"> <tr> <td data-bbox="403 992 1098 1160">Cel przetwarzania</td> <td data-bbox="1106 992 1538 1160">Podstawa prawna (pełne nazwy aktów prawnych znajdziesz na końcu formularza)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="403 1171 1098 1328">Ustalenie Pani / Pana tożsamości przed rozpoczęciem udzielania świadczeń.</td> <td data-bbox="1106 1171 1538 1328">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.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="403 1339 1098 1417">Jako podmiot leczniczy jesteśmy zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej.</td> <td data-bbox="1106 1339 1538 1417">Art. 9 ust. 2 lit. h RODO w zw. z art. 24 ust. 1 Ustawy o prawach pacjenta oraz Rozporządzenia MZ.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="403 1429 1098 1619">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.</td> <td data-bbox="1106 1429 1538 1619">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</td> </tr> <tr> <td data-bbox="403 1630 1098 1776">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.</td> <td data-bbox="1106 1630 1538 1776">Art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO, jako tzw. prawnie uzasadniony interes administratora, którym jest dochodzenie naszych roszczeń i obrona naszych praw.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="403 1787 1098 1993">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.</td> <td data-bbox="1106 1787 1538 1993">Art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zw. z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości.</td> </tr> </table> | | 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. |
| 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. Laboratorium 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