

**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA  
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 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

# 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 Barthel<sup>2</sup>

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy.....

Adres zamieszkania.....

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

Ocena świadczeń wg. Skali Barthel

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

.....  
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

Imię i Nazwisko:.....

Pesel:.....

Wiek:.....

**OCENA RYZYKA ZWIĄZANEGO ZE STANEM ODŻYWIENIA  
(NUTRITIONAL RISK SCORE, NRS 2002)**

<b>Pogorszenie stanu odżywienia</b>		<b>Nasilenie choroby (zwiększone zapotrzebowanie)</b>	
Brak = 0	Prawidłowy stan odżywienia	Brak = 0	Zwykłe zapotrzebowanie
Lekkie = 1	Utrata masy ciała > 5 % w ciągu 3 miesięcy lub Spożycie pokarmu 50-75% w ostatnim tygodniu	Lekkie = 1	Np. złamanie uda Choroby przewlekłe (zwłaszcza powikłane) - marskość wątroby, POChP Radioterapia
Średnie = 2	Utrata masy ciała > 5% w ciągu 2 miesięcy lub BMI 18,5-20,5 + zły stan ogólny lub Spożycie pokarmu 25-50% potrzeb w ostatnim tygodniu	Średnie = 2	Rozległe operacje brzuszne Udar mózgu Chorzy w wieku podeszłym – leczenie przewlekłe Pooperacyjna niewydolność nerek Chemioterapia
Ciężkie = 3	Utrata masy ciała > 5 % w ciągu 1 miesiąca lub BMI <18,5 + zły stan ogólny lub Spożycie pokarmu 0-25% potrzeb w ostatnim tygodniu	Ciężkie = 3	Uraz głowy Przeszczep szpiku Chory w oddziale Intensywnej Terapii
<b>Jeżeli wiek chorego przekracza 70 lat + 1 pkt</b>			
Nasilenie:		Nasilenie:	Suma punktów:
Wynik: $\geq 3$ – wskazane leczenie żywieniowe $< 3$ – rozważ postępowanie zachowawcze, powtórz badanie za tydzień.			

.....  
podpis i pieczęć lekarza

## 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 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., 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?	<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 1535 1995"> <tr> <td data-bbox="403 992 1098 1160">Cel przetwarzania</td> <td data-bbox="1106 992 1535 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 1535 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 1429">Jako podmiot leczniczy jesteśmy zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej.</td> <td data-bbox="1106 1339 1535 1429">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 1440 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 1440 1535 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 1787">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 1535 1787">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 1798 1098 1995">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 1798 1535 1995">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