Miejscowość		pieczęć
Data		

Imię i nazwisko pacjenta	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego	
PESEL	
Adres zamieszkania	

Oświadczenie o dostępie do dokumentacji medycznej
Podstawa prawna art.26 ust.1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

O Nie upoważniam nikogo do dostępu do mojej dokumentacji medycznej/mojego dziecka/ osoby ubezwłasnowolnionej której jestem przedstawicielem ustawowym.
O Upoważniam do dostępu do dokumentacji medycznej mojej/mojego dziecka/osoby ubezwłasnowolnionej, której jestem przedstawicielem ustawowym, następującą osobę:

Imię i nazwisko upoważnionego	
Adres zamieszkania	
Nr telefonu	

Oświadczenie o dostępie do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta
Podstawa prawna art.26 ust.2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjent

O Nie upoważniam nikogo do dostępu do mojej dokumentacji medycznej/mojego dziecka/osoby ubezwłasnowolnionej po mojej śmierci/ śmierci mojego dziecka/śmierci osoby ubezwłasnowolnionej której jestem przedstawicielem ustawowym.
O Upoważniam do dostępu do dokumentacji medycznej mojej/mojego dziecka/osoby ubezwłasnowolnionej po mojej śmierci/ śmierci mojego dziecka/śmierci osoby ubezwłasnowolnionej której jestem przedstawicielem ustawowym.

Imię i nazwisko upoważnionego	
Adres zamieszkania	
Nr telefonu	

Oświadczenie o udzieleniu informacji o stanie zdrowia
Podstawa prawna *art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*

O Nie upoważniam nikogo do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia/ stanie zdrowia mojego dziecka/ osoby ubezwłasnowolnionej, której jestem przedstawicielem ustawowym
O Wyrażam zgodę na udzielanie informacji o moim stanie zdrowia, mojego dziecka osoby ubezwłasnowolnionej, której jestem przedstawicielem ustawowym następującej osobie:

Imię i nazwisko upoważnionego	
Adres zamieszkania	
Nr telefonu	

Zostałam/em poinformowany o możliwości złożenia niniejszych oświadczeń za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta i skutkach ich złożenia.

Ponadto oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwości zmiany/ cofnięcia udzielonego upoważnienia.

Czytelny podpis pacjenta (rodzica, opiekuna prawnego)	

Imię i nazwisko .....

PESEL.....

	Klauzula informacyjna dla pacjentów w REHA MEDICA Centrum Rehabilitacyjno - Medyczne

Szanowni Państwo,
na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 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 RODO), niniejszym informuję, że:

Administratorem Pani/Pana danych jest REHA MEDICA CENTRUM REHABILITACYJNO MEDYCZNE Piotr Łoziński, adres kontaktowy: ul. Kościuszki 57, 78-400 Szczecinek, email: kontakt@rehamedica.info.pl, (dalej, Administrator).

Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym może Pani/Pan skontaktować się w każdej sprawie dotyczącej Pani/Pana danych osobowych, pod adresami jak powyżej.

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w następujących celach:
1) świadczenie usług medycznych - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO – spełnienie obowiązku prawnego prowadzenia dokumentacji medycznej,
2) na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h) RODO – przetwarzanie danych szczególnych, w związku z leczeniem i profilaktyką,
3) w celu ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony przed roszczeniami – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f) RODO - będącego realizacją naszego prawnie uzasadnionego w tym interesu.

Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą:
1) Podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa (NFZ),
2) Ubezpieczyciele,
3) Podmioty udzielające konsultacji medycznych,
4) Podwykonawcy świadczeń diagnostycznych (RTG, USG, laboratorium),
5) Transport sanitarny,
6) Podmioty zaopatrujące Administratora w rozwiązania techniczne i informatyczne.

Pani/Pana dane osobowe będą przez Nas przetwarzane przez cały czas, przez który będziemy realizować Pani/Pana sprawy zdrowotne, a także później tj. do czasu upływu obowiązku przechowywania dokumentacji medycznej (zasadniczo jest to 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkami w prawie oznaczonymi) lub dochodzenia roszczeń, jeżeli będą konieczne.

Ma Pani/Pan prawo do:
1) dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
2) sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
3) ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
4) wniesienia skargi do Prezesa UODO (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa).

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obligatoryjne w oparciu o przepisy prawa.

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej tj. poza teren Unii Europejskiej.

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

Oświadczam że, zapoznałam(em) się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych

.....
Data i podpis pacjenta

.....
Data i podpis przedstawiciela ustawowego

.....
Data i podpis przekazującego informacje

Imię i nazwisko .....
PESEL.....

OŚWIADCZENIE PACJENTA

1. Wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na wykonanie Porady Specjalistycznej, Terapeutycznej, Lekarskiej, wykonanie zabiegu fizjoterapeutycznego przy użyciu sprzętu oraz wszelkich dostępnych procedur medycznych znajdujących się w Centrum Rehabilitacyjno Medycznym Reha Medica Filia w Bobolicach (zgodnie z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta rozdz. 5).
2. Zostałem(am) wyczerpująco poinformowany(a) o: (I) przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu; (II) technice i metodzie przeprowadzenia zabiegu; (III) pochodzeniu i sposobie działania preparatów i urządzeń, które zostaną użyte do wykonania zabiegu; (IV) objawach jakie mogą wystąpić podczas i po zabiegu; (V) przewidywanym okresie utrzymywania się rezultatów zabiegu; (VI) średniej ilości zabiegów, której wykonanie niezbędne jest do osiągnięcia i utrzymania efektów, VII sposobie prowadzonej terapii.
3. Zostałem(am) poinformowany(a) o sposobie realizowanej terapii, że ilość zabiegów oraz że ich efekty nie są identyczne dla każdego pacjenta i że uzależnione są od: liczby zabiegów, od stopnia nieregularności skóry wieku pacjenta, schorzeń skórnych, palenia papierosów, historii chorobowej oraz przyjmowanych lekarstw.
4. Zostałem(am) poinformowany(a), że notuje się indywidualne przypadki, w których osiągnięcie oczekiwanych efektów zabiegu jest niemożliwe oraz przyjmuję to ryzyko.
5. Udzielono mi wyczerpującej informacji na temat wszelkich możliwości do przewidzenia następstw i powikłań, jakie mogą wystąpić w związku z udzielonym świadczeniem. Miałem możliwość zadania pytań i uzyskałem na nie odpowiedzi. Powyższe ryzyko przyjmuję i nie będę z tego tytułu zgłaszać jakichkolwiek roszczeń.
6. Zostały mi przekazane zalecenia i wskazówki (I) pielęgnacyjne do dalszego stosowania (II) dalsze zalecenia terapeutyczne stosowania po wykonaniu zabiegu- udzielonego świadczenia, zapoznałem(am) się z nimi i zobowiązuję się ich przestrzegać.
7. Informacja przekazana przez Lekarza, Fizjoterapeutę, Terapeutę była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni zrozumiała.
8. W razie wystąpienia niepokojących mnie objawów skontaktuję się z Fizjoterapeutą, Lekarzem, specjalistą wykonującym zabieg, udzielającym świadczenie.
9. Jestem świadomy(a), że rozbieżność pomiędzy oczekiwanym przeze mnie efektem zabiegu- świadczenia jego rzeczywistym efektem- mieszczącym się w granicach skali, o której zostałem uprzedzony, nie może być podstawą roszczeń odszkodowawczych.

Oświadczam że, zapoznałam(em) się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą zgodę na Poradę specjalistyczną/Poradę terapeutyczną/ Poradę lekarską/ wykonanie zabiegu.*

.....
Data i podpis pacjenta (w tym pacjenci między 16-18 r życia)

.....
Data i podpis przedstawiciela ustawowego (jeśli dotyczy)

.....
Data i podpis udzielającego porady specjalistycznej/porady terapeutycznej/porady lekarskiej/wykonującego zabieg

***Podkreślić prawidłowe**