

Zgoda pacjenta / opiekuna na świadczenie zdrowotne udzielane przez fizjoterapeutę

Imię i nazwisko pacjenta:..... PESEL:.....

Imię i nazwisko opiekuna prawnego:.....PESEL:.....

Adres:..... kod pocztowy:.....

Telefon:.....e-mail:.....

Informujemy, że choroby lub problemy zdrowotne, mogące być przeciwskazaniem do udzielenia świadczenia zdrowotnego to: gorączka, stany zapalne, złe samopoczucie, brodawki (kurzajki). Oświadczam, że udzielam wyczerpujące i prawdziwe informacje co do mojego zdrowia / zdrowia mojego dziecka.

Przyjmuje do wiadomości, że w/w informacje są traktowane jako dane poufne.

Wyrażam świadomą zgodę na świadczenie zdrowotne udzielane przez fizjoterapeutę i jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania fizjoterapeuty o zmianach stanu zdrowia.

.....
Data i czytelny podpis pacjenta / opiekuna prawnego

Ogólne rozporządzenie o ochronie danych (RODO)

Zgodnie z art.13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/ Pana danych osobowych jest Gabinet Diagnostyki i Terapii REH-Time z siedzibą w Pępowie, ul. Staszica 32 C.
2. Pani / Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu ochrony zdrowia i realizacji świadczonych usług oraz wypełnienia obowiązków wynikających z przepisu prawa, na podstawie art. 6 ust 1 pkt a), b), c).
3. Gabinet gwarantuje, że przetwarza i będzie przetwarzać Pani/Pana dane osobowe wyłącznie w konkretnych, wyraźnych i prawnie uzasadnionych celach oraz zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem.
4. Podane przez Panią / Pana dane osobowe mogą zostać przekazane do przetwarzania terapeutom współpracującym z Gabinetem.
5. Mogą być również udostępniane organom publicznym i instytucjom, uprawnionym do żądania dostępu lub otrzymania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
6. Podane przez Panią / Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.
7. Pani / Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat, licząc od daty zakończenia leczenia lub od daty wycofania zgody.
8. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne do świadczenia usług medycznych. W przypadku niepodania danych nie będzie możliwe prowadzenie leczenia.
9. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo do ich sprostowania lub usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
10. Posiada Pan / Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani / Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani / Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
11. Pani / Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w szczególności informacji o stanie zdrowia, w celu świadczenia usług medycznych oraz wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Gabiniecie.

.....
Data i czytelny podpis pacjenta / opiekuna prawnego