OŚWIADCZENIE PACJENTA
Dotyczące sposobów przekazywania dokumentacji medycznej oraz informacji związanych z leczeniem drogą elektroniczną/telefoniczną

Imię i nazwisko pacjenta: .....

PESEL / Data urodzenia (w przypadku braku PESEL):

.....

Telefon kontaktowy: .....

Adres e-mail: .....

Ja, niżej podpisana/y, wnoszę o przekazywanie:

☐ kodów e-recept na wskazany numer telefonu (SMS)
☐ kodów e-recept na wskazany adres e-mail
☐ wyników badań na wskazany adres e-mail
☐ dokumentacji medycznej na wskazany adres e-mail
☐ informacji organizacyjnych dotyczących leczenia (termin wizyty, zmiana terminu, przypomnienia) na wskazany numer telefonu
☐ informacji organizacyjnych dotyczących leczenia na wskazany adres e-mail

Oświadczam, że:

1. wskazany adres e-mail i numer telefonu są prawidłowe i zostały podane przeze mnie dobrowolnie jako kanały kontaktu z placówką, należą do mnie i mam do nich wyłączny lub kontrolowany dostęp,
2. zostałam/em poinformowana/y, że przekazywanie informacji lub dokumentów drogą elektroniczną albo telefoniczną, pomimo stosowanych przez placówkę zabezpieczeń, może wiązać się z ryzykiem dostępu do danych przez osoby nieuprawnione, w szczególności w przypadku podania błędnego adresu e-mail lub numeru telefonu, udostępnienia urządzenia innej osobie albo przejęcia dostępu do skrzynki e-mail;
3. świadomie wybieram wskazaną formę komunikacji i wnoszę o jej stosowanie przez placówkę w zakresie zaznaczonym powyżej;
4. przyjmuję do wiadomości, że wyniki badań oraz dokumentacja medyczna mogą być przekazywane w formie zabezpieczonego pliku, a hasło lub inny sposób dostępu do pliku może zostać przekazany odrębnym kanałem komunikacji;
5. przyjmuję do wiadomości, że placówka może odmówić przekazania określonych informacji lub dokumentów drogą elektroniczną albo telefoniczną, jeżeli nie będzie możliwe potwierdzenie mojej tożsamości, zaistnieje podejrzenie nieuprawnionego dostępu do danych, wskazane dane kontaktowe będą nieprawidłowe albo odmowa będzie wynikała z przepisów prawa lub zasad bezpieczeństwa obowiązujących w placówce;
6. zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania placówki o zmianie adresu e-mail lub numeru telefonu, utracie dostępu do wskazanego numeru lub adresu albo o podejrzeniu, że dostęp do nich uzyskała osoba nieuprawniona;
7. niniejsza dyspozycja obowiązuje do czasu jej zmiany lub odwołania przeze mnie.

Miejscowość i data: .....

Podpis pacjenta: .....

Potwierdzenie pracownika placówki:

Tożsamość pacjenta została zweryfikowana na podstawie_____

Imię i nazwisko pracownika, data, podpis:

Administrator Danych Osobowych (ADO)

Natalia Fischer NZOZ Klinika Promienista, ul. Promienista 98, 60 -142 Poznań. Skontaktować się można z nami za pomocą telefonu: + 48 61 862 20 15 oraz poczty e-mail: info@klinika-promienista.com.pl.

Inspektor ochrony danych (IOD)

Krzysztof Winiarski, adres e-mail: iod@rodo.pl.

Pani/Pana dane osobowe, w tym dane identyfikacyjne, dane kontaktowe, dane dotyczące zdrowia oraz informacje związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, będą przetwarzane w celu: prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej; realizacji Pani/Pana dyspozycji dotyczącej sposobu komunikacji z placówką; przekazywania kodów e-recept, wyników badań, dokumentacji medycznej oraz informacji organizacyjnych dotyczących leczenia na wskazany numer telefonu lub adres e-mail; weryfikacji tożsamości osoby zwracającej się o przekazanie informacji lub dokumentacji; zapewnienia bezpieczeństwa przekazywanych danych; wykazania prawidłowej realizacji praw pacjenta oraz dochodzenia lub obrony przed ewentualnymi roszczeniami.

Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest: art. 6 ust. 1 lit. c RODO — w zakresie realizacji obowiązków prawnych ciążących na administratorze, w szczególności prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej oraz realizacji praw pacjenta; art. 9 ust. 2 lit. h RODO — w zakresie przetwarzania danych dotyczących zdrowia w celu udzielania świadczeń zdrowotnych, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej oraz zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej; art. 6 ust. 1 lit. f RODO — w zakresie prawnie uzasadnionego interesu administratora polegającego na zapewnieniu sprawnej i bezpiecznej komunikacji z pacjentem, weryfikacji wykonania dyspozycji, zapewnieniu bezpieczeństwa informacji oraz dochodzeniu lub obronie przed roszczeniami;

Pani/Pana dane mogą być przekazywane podmiotom świadczącym na rzecz administratora usługi informatyczne, hostingowe, serwisowe, pocztowe, telekomunikacyjne, prawne, audytowe lub inne usługi wspierające działalność placówki, wyłącznie w zakresie niezbędnym do realizacji tych usług i na podstawie odpowiednich umów. Dane mogą być również udostępniane podmiotom i organom uprawnionym do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa.

Dane osobowe będą przechowywane przez okres wymagany przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej, a w zakresie danych związanych z realizacją dyspozycji komunikacyjnej — przez okres jej obowiązywania oraz przez okres niezbędny do wykazania prawidłowej realizacji obowiązków placówki lub dochodzenia i obrony przed roszczeniami.

Podanie danych kontaktowych oraz złożenie dyspozycji dotyczącej komunikacji elektronicznej lub telefonicznej jest dobrowolne, ale niezbędne do korzystania z tej formy komunikacji. Brak podania danych kontaktowych lub brak możliwości potwierdzenia tożsamości może skutkować odmową przekazania informacji lub dokumentów tą drogą i koniecznością skorzystania z innej formy odbioru.

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do danych, sprostowania danych, ograniczenia przetwarzania, usunięcia danych w przypadkach przewidzianych w RODO, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych na podstawie prawnie uzasadnionego interesu administratora oraz prawo cofnięcia zgody, jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody. Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.