

WZÓR

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ LEKARZA
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY												
1. Imię						2. Nazwisko						
3. Data urodzenia			4. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość									
-- -- -- -- -- dzień — miesiąc — rok												
5. Adres miejsca zamieszkania												
5A. Ulica					5B. Numer domu / mieszkania			5C. Kod pocztowy i miejscowość				
6. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)												
7. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)												
8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona ¹⁾)												
8A. Imię			8B. Nazwisko				8C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)					
Adres miejsca zamieszkania												
8D. Ulica					8E. Numer domu/mieszkania			8F. Kod pocztowy i miejscowość				
Adres miejsca zamieszkania												
8G. Imię			8H. Nazwisko				8I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)					
Adres miejsca zamieszkania												
8J. Ulica					8K. Numer domu/mieszkania			8L. Kod pocztowy i miejscowość				

II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

9. Na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 172) deklaruję wybór:

9A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy	DarMedicum
9B. Adres siedziby świadczeniodawcy	ul. Spokojna 6 62-020 Swarzędz

10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:²⁾

<input checked="" type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi	<input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny ³⁾
--	--

11. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

<input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania<input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy<input type="radio"/> osiągnięcie 18. roku życia przez świadczeniobiorcę, gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii<input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
<input type="checkbox"/> inna okoliczność

III. DANE DOTYCZĄCE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

12. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:⁴⁾

Imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	Magdalena Szybiak
---	-------------------

13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:²⁾

<input checked="" type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi	<input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny ³⁾
--	--

14. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

<input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania<input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy<input type="radio"/> osiągnięcie 18. roku życia przez świadczeniobiorcę, gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii<input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
<input type="checkbox"/> inna okoliczność

.....
(data)

.....
(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)⁵⁾

OBJAŚNIENIA:

- 1) Deklaracje złożone przez przedstawicieli ustawowych w imieniu osób małoletnich po uzyskaniu przez nie pełnoletności zachowują ważność do czasu wyboru innego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, a w sytuacji gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, deklaracje zachowują ważność w zakresie wyboru świadczeniodawcy do czasu wyboru innego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub wyboru nowego świadczeniodawcy (art. 6 ust. 3 oraz art. 10 ust. 7 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej).
- 2) Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej nie częściej niż dwa razy w roku kalendarzowym, a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnosi opłatę w wysokości 80 zł. Świadczeniobiorca nie ponosi opłaty w przypadku zmiany swojego miejsca zamieszkania lub w przypadku zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, lub w sytuacji gdy świadczeniobiorca, którego lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, osiągnął 18. rok życia, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (art. 9 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej).
- 3) W przypadku wyboru trzeciego i kolejnego należy podać informację, czy powodem dokonania wyboru jest okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, tzn. zmiana miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy lub zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy lub zmiana lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w sytuacji gdy świadczeniobiorca, którego lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, osiągnął 18. rok życia, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy.
- 4) Świadczeniobiorca może wybrać lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u tego samego świadczeniodawcy, u różnych świadczeniodawców albo będących świadczeniodawcami (art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej).
- 5) Wypełnia się w przypadku deklaracji składanej w postaci papierowej lub postaci elektronicznej, o których mowa w art. 10 ust. 1 pkt 1 albo 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej.

DRUK ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH PACJENTA

(pieczęć placówki medycznej)

DarMedicum
ZSP Poradnia Lekarza Rodzinnego
Martyna Darwish
62-020 Swarzędz
ul. Spokojna 6

Miejscowość i data:

Dane Pacjenta:

Imię i nazwisko: _____

PESEL: _____

Dane kontaktowe:

nr telefonu: _____

adres e-mail: _____

Ja niżej podpisany/podpisana wyrażam zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO* wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez

(pieczęć placówki medycznej)

DarMedicum
ZSP Poradnia Lekarza Rodzinnego
Martyna Darwish
62-020 Swarzędz
ul. Spokojna 6

w celu komunikacji korzystania z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dot. planowanych wizyt, jak również informacji o medycznej działalności

(pieczęć placówki medycznej)

DarMedicum
ZSP Poradnia Lekarza Rodzinnego
Martyna Darwish
62-020 Swarzędz
ul. Spokojna 6

Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki o których mowa w art. 7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie, zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie o warunku możliwości jej rozliczalności. Zostałem również poinformowany o tym, że dane zbierane są przez

(pieczęć placówki medycznej)

DarMedicum
ZSP Poradnia Lekarza Rodzinnego
Martyna Darwish
62-020 Swarzędz
ul. Spokojna 6

o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

czytelny podpis pacjenta

*Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

Szanowni Państwo,

Od 25 maja br. obowiązuje RODO, czyli Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 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.

W związku z powyższym pragniemy Państwa poinformować, że DAR MEDICUM, z siedzibą w Swarzędz, przy ulicy Spokojna 6, przetwarza Państwa dane, zgodnie z obowiązującymi przepisami, w celu zapewnienia opieki zdrowotnej.

Zachęcamy do zapoznania się z poniższymi, szczegółowymi informacjami, dotyczącymi przetwarzania danych osobowych znajdujących się w naszej bazie.

Administrator danych	DAR MEDICUM, Swarzędz, Spokojna 6,
Cele przetwarzania	Zapewnienie opieki zdrowotnej Gromadzenie i systematyzowanie informacji medycznej dla realizacji obowiązków ustawowych związanych z funkcjonowaniem Systemu Informacji Medycznej oraz systemu zabezpieczenia społecznego Udzielanie Pacjentowi oraz upoważnionym przez niego osobom informacji o stanie zdrowia
Podstawy prawne przetwarzania	Artykuł 9. ust. 2.h) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) Uzasadniony interes Stron
Prawa związane z przetwarzaniem danych	<ul style="list-style-type: none">• prawo dostępu do danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania• inne prawa określone w informacji szczegółowej

Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych Klienta

1. Administrator danych osobowych

Administratorem danych osobowych Pacjenta jest DAR MEDICUM (dalej: Przychodnia). Klient może się kontaktować w następujący sposób:

- listownie na adres: Spokojna 6, 62-020 Swarzędz
- przez e-mail:
- telefonicznie: 614243655

2. Cele przetwarzania oraz podstawa prawna przetwarzania

Przychodnia będzie przetwarzać dane osobowe Pacjenta na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa, dla celów:

- profilaktyki zdrowotnej, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej, udokumentowania uprawnień do uzyskania zabezpieczenia społecznego, leczenia, zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej;
- gromadzenia i systematyzowania informacji medycznej dla realizacji obowiązków ustawowych związanych z funkcjonowaniem Systemu Informacji Medycznej;
- udzielania Pacjentowi oraz upoważnionym przez niego osobom informacji o stanie zdrowia;
- utrzymywania stałego kontaktu z Pacjentem.

3. Przekazywanie danych osobowych podmiotom trzecim

Dane osobowe Pacjenta są/będą przetwarzane przez podmiot przetwarzający, którym jest operator oprogramowania komputerowego służącego do obsługi działalności Przychodni - „LekSeek Polska Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością” spółka komandytowa z siedzibą w Warszawie ul. Puławska 465.

Dane osobowe Pacjenta mogą być przekazywane podmiotom publicznoprawnym, organom administracji

publicznej na warunkach określonych powszechnie obowiązującymi przepisami prawa w celach związanych z prowadzeniem Systemu Informacji Medycznej, statystyki publicznej, zapewnieniem świadczeń z zakresu zabezpieczenia społecznego.

Dane osobowe Pacjenta mogą być przekazywane innym podmiotom leczniczym w celach i zakresie niezbędnych dla sprawowania opieki zdrowotnej nad Pacjentem.

Dane osobowe Pacjenta mogą być przekazywane aptekom w rozumieniu przepisów regulujących funkcjonowanie rynku farmaceutycznego w związku z realizacją recept elektronicznych na zasadach określonych przez właściwe przepisy prawa powszechnie obowiązującego.

4. Okres przechowywania danych osobowych

Dane osobowe Pacjenta w formie dokumentacji medycznej przechowywane są przez czas określony właściwymi przepisami prawa powszechnie obowiązującego.

5. Prawa Pacjenta związane z przetwarzaniem danych osobowych i podejmowaniem zautomatyzowanych decyzji

Pacjentowi przysługują następujące prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych:

- a. prawo dostępu do swoich danych osobowych,
- b. prawo żądania sprostowania swoich danych osobowych,
- c. prawo do przenoszenia swoich danych osobowych, tj. prawo otrzymania od Przychodni swoich danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie informatycznym nadającym się do odczytu maszynowego. Pacjent może przesłać te dane innemu administratorowi danych lub zażądać, aby Przychodnia przesłała te dane do innego administratora. Jednakże Przychodnia zrobi to tylko jeśli takie przesłanie jest technicznie możliwe.

Prawo wniesienia skargi do organu

Pacjentowi przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

WZÓR

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ PIEŁĘGNIARKI
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY																
1. Imię						2. Nazwisko										
3. Data urodzenia						4. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość										
<div style="text-align: center;"> _ _ - _ - _ - _ - _ dzień — miesiąc — rok </div>																
5. Adres miejsca zamieszkania																
5A. Ulica					5B. Numer domu / mieszkania			5C. Kod pocztowy i miejscowość								
6. Numer telefonu <i>(pole nieobowiązkowe)</i>																
7. Adres e-mail <i>(pole nieobowiązkowe)</i>																
8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona ¹⁾)																
8A. Imię			8B. Nazwisko				8C. Numer telefonu <i>(pole nieobowiązkowe)</i>									
Adres miejsca zamieszkania																
8D. Ulica				8E. Numer domu/mieszkania			8F. Kod pocztowy i miejscowość									
8G. Imię			8H. Nazwisko				8I. Numer telefonu <i>(pole nieobowiązkowe)</i>									
Adres miejsca zamieszkania																
8J. Ulica				8K. Numer domu/mieszkania			8L. Kod pocztowy i miejscowość									
II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY																

9. Na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 172) deklaruję wybór:

9A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy	DarMedicum
9B. Adres siedziby świadczeniodawcy	ul. Spokojna 6 62-020 Swarzędz

10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:²⁾

<input checked="" type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi	<input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny ³⁾
--	--

11. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

<input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania<input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy<input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
<input type="checkbox"/> inna okoliczność

III. DANE DOTYCZĄCE PIELĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

12. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:⁴⁾

Imię i nazwisko pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej	Julia Czachowska-Banaszak
--	---------------------------

13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:²⁾

<input checked="" type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi	<input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny ³⁾
--	--

14. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

<input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania<input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy<input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
<input type="checkbox"/> inna okoliczność

..... (data) (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego) ⁵⁾
-----------------	--

OBJAŚNIENIA:

- 1) Deklaracje złożone przez przedstawicieli ustawowych w imieniu osób małoletnich po uzyskaniu przez nie pełnoletności zachowują ważność do czasu wyboru nowej pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej.
- 2) Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy lub pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej nie częściej niż dwa razy w roku kalendarzowym, a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnosi opłatę w wysokości 80 zł. Świadczeniobiorca nie ponosi opłaty w przypadku zmiany swojego miejsca zamieszkania lub w przypadku zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (art. 9 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej).
- 3) W przypadku wyboru trzeciego i kolejnego należy podać informację, czy powodem dokonania wyboru jest okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, tzn. zmiana miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy lub zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy.
- 4) Świadczeniobiorca może wybrać lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u tego samego świadczeniodawcy, u różnych świadczeniodawców albo będących świadczeniodawcami (art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej).
- 5) Wypełnia się w przypadku deklaracji składanej w postaci papierowej lub postaci elektronicznej, o których mowa w art. 10 ust. 1 pkt 1 albo 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej.

DRUK ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH PACJENTA

(pieczęć placówki medycznej)

DarMedicum
ZSP Poradnia Lekarza Rodzinnego
Martyna Darwish
62-020 Swarzędz
ul. Spokojna 6

Miejscowość i data:

Dane Pacjenta:

Imię i nazwisko: _____

PESEL: _____

Dane kontaktowe:

nr telefonu: _____

adres e-mail: _____

Ja niżej podpisany/podpisana wyrażam zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO* wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez

(pieczęć placówki medycznej)

DarMedicum
ZSP Poradnia Lekarza Rodzinnego
Martyna Darwish
62-020 Swarzędz
ul. Spokojna 6

w celu komunikacji korzystania z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dot. planowanych wizyt, jak również informacji o medycznej działalności

(pieczęć placówki medycznej)

DarMedicum
ZSP Poradnia Lekarza Rodzinnego
Martyna Darwish
62-020 Swarzędz
ul. Spokojna 6

Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki o których mowa w art. 7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie, zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie o warunku możliwości jej rozliczalności. Zostałem również poinformowany o tym, że dane zbierane są przez

(pieczęć placówki medycznej)

DarMedicum
ZSP Poradnia Lekarza Rodzinnego
Martyna Darwish
62-020 Swarzędz
ul. Spokojna 6

o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

czytelny podpis pacjenta

*Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

Szanowni Państwo,

Od 25 maja br. obowiązuje RODO, czyli Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 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.

W związku z powyższym pragniemy Państwa poinformować, że DAR MEDICUM, z siedzibą w Swarzędz, przy ulicy Spokojna 6, przetwarza Państwa dane, zgodnie z obowiązującymi przepisami, w celu zapewnienia opieki zdrowotnej.

Zachęcamy do zapoznania się z poniższymi, szczegółowymi informacjami, dotyczącymi przetwarzania danych osobowych znajdujących się w naszej bazie.

Administrator danych	DAR MEDICUM, Swarzędz, Spokojna 6,
Cele przetwarzania	Zapewnienie opieki zdrowotnej Gromadzenie i systematyzowanie informacji medycznej dla realizacji obowiązków ustawowych związanych z funkcjonowaniem Systemu Informacji Medycznej oraz systemu zabezpieczenia społecznego Udzielanie Pacjentowi oraz upoważnionym przez niego osobom informacji o stanie zdrowia
Podstawy prawne przetwarzania	Artykuł 9. ust. 2.h) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) Uzasadniony interes Stron
Prawa związane z przetwarzaniem danych	<ul style="list-style-type: none">• prawo dostępu do danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania• inne prawa określone w informacji szczegółowej

Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych Klienta

1. Administrator danych osobowych

Administratorem danych osobowych Pacjenta jest DAR MEDICUM (dalej: Przychodnia). Klient może się kontaktować w następujący sposób:

- listownie na adres: Spokojna 6, 62-020 Swarzędz
- przez e-mail:
- telefonicznie: 614243655

2. Cele przetwarzania oraz podstawa prawna przetwarzania

Przychodnia będzie przetwarzać dane osobowe Pacjenta na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa, dla celów:

- profilaktyki zdrowotnej, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej, udokumentowania uprawnień do uzyskania zabezpieczenia społecznego, leczenia, zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej;
- gromadzenia i systematyzowania informacji medycznej dla realizacji obowiązków ustawowych związanych z funkcjonowaniem Systemu Informacji Medycznej;
- udzielania Pacjentowi oraz upoważnionym przez niego osobom informacji o stanie zdrowia;
- utrzymywania stałego kontaktu z Pacjentem.

3. Przekazywanie danych osobowych podmiotom trzecim

Dane osobowe Pacjenta są/będą przetwarzane przez podmiot przetwarzający, którym jest operator oprogramowania komputerowego służącego do obsługi działalności Przychodni - „LekSeek Polska Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością” spółka komandytowa z siedzibą w Warszawie ul. Puławska 465.

Dane osobowe Pacjenta mogą być przekazywane podmiotom publicznoprawnym, organom administracji

publicznej na warunkach określonych powszechnie obowiązującymi przepisami prawa w celach związanych z prowadzeniem Systemu Informacji Medycznej, statystyki publicznej, zapewnieniem świadczeń z zakresu zabezpieczenia społecznego.

Dane osobowe Pacjenta mogą być przekazywane innym podmiotom leczniczym w celach i zakresie niezbędnych dla sprawowania opieki zdrowotnej nad Pacjentem.

Dane osobowe Pacjenta mogą być przekazywane aptekom w rozumieniu przepisów regulujących funkcjonowanie rynku farmaceutycznego w związku z realizacją recept elektronicznych na zasadach określonych przez właściwe przepisy prawa powszechnie obowiązującego.

4. Okres przechowywania danych osobowych

Dane osobowe Pacjenta w formie dokumentacji medycznej przechowywane są przez czas określony właściwymi przepisami prawa powszechnie obowiązującego.

5. Prawa Pacjenta związane z przetwarzaniem danych osobowych i podejmowaniem zautomatyzowanych decyzji

Pacjentowi przysługują następujące prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych:

- a. prawo dostępu do swoich danych osobowych,
- b. prawo żądania sprostowania swoich danych osobowych,
- c. prawo do przenoszenia swoich danych osobowych, tj. prawo otrzymania od Przychodni swoich danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie informatycznym nadającym się do odczytu maszynowego. Pacjent może przesłać te dane innemu administratorowi danych lub zażądać, aby Przychodnia przesłała te dane do innego administratora. Jednakże Przychodnia zrobi to tylko jeśli takie przesłanie jest technicznie możliwe.

Prawo wniesienia skargi do organu

Pacjentowi przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

WZÓR

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ POŁOŻNEJ
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY												
1. Imię						2. Nazwisko						
3. Data urodzenia			4. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość									
___ - ___ - ____ dzień - miesiąc - rok												
5. Adres miejsca zamieszkania												
5A. Ulica				5B. Numer domu / mieszkania				5C. Kod pocztowy i miejscowość				
6. Numer telefonu <i>(pole nieobowiązkowe)</i>												
7. Adres e-mail <i>(pole nieobowiązkowe)</i>												
8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona ¹⁾)												
8A. Imię		8B. Nazwisko					8C. Numer telefonu <i>(pole nieobowiązkowe)</i>					
Adres miejsca zamieszkania												
8D. Ulica				8E. Numer domu / mieszkania				8F. Kod pocztowy i miejscowość				
Adres miejsca zamieszkania												
8G. Imię		8H. Nazwisko					8I. Numer telefonu <i>(pole nieobowiązkowe)</i>					
Adres miejsca zamieszkania												
8J. Ulica				8K. Numer domu / mieszkania				8L. Kod pocztowy i miejscowość				

9. Na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 172) deklaruję wybór:

9A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy	DarMedicum
9B. Adres siedziby świadczeniodawcy	ul. Spokojna 6 62-020 Swarzędz

10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:²⁾

<input checked="" type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi	<input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny ³⁾
--	--

11. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

- okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej:
 - zmiana miejsca zamieszkania
 - zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
 - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
.....
- inna okoliczność

III. DANE DOTYCZĄCE POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

12. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:⁴⁾

Imię i nazwisko położnej podstawowej opieki zdrowotnej	Marta Borkowska
--	-----------------

13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:²⁾

<input checked="" type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi	<input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny ³⁾
--	--

14. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

- okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej:
 - zmiana miejsca zamieszkania
 - zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
 - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
.....
- inna okoliczność

..... (data) (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego) ⁵⁾
-----------------	--