



## OŚWIADCZENIE PACJENTA

(Prosimy o wpisywanie danych zgodnych z dokumentem tożsamości i stanem faktycznym)  
o upoważnieniu osoby do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach  
zdrowotnych przez **ISPL Katarzyna Rybaczek ginekolog – położnik, 19-300 Ełk ul. Tuwima 26 lok 1**

Ja (imię i nazwisko) .....  
PESEL (jeśli nie był nadany - data urodzenia) .....  
Adres zam. ....  
Tel:.....

### UPOWAŻNIAM / NIE UPOWAŻNIAM \*

(imię i nazwisko) .....  
Tel:.....

Data ur. .... do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych  
świadczeniach zdrowotnych oraz do udostępniania mojej dokumentacji medycznej zarówno za  
mojego życia, jak i po mojej śmierci. Jednocześnie zobowiązuję się, że poinformuję wskazaną powyżej  
osobę o podaniu Jej danych w tym formularzu.

.....  
(podpis pacjenta lub opiekuna prawn. osoby nieletniej)

\*niepotrzebne skreślić

## OŚWIADCZENIE

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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), Państwa dane osobowe oraz dane dotyczące zdrowia będą przetwarzane przez **ISPL Katarzyna Rybaczek ginekolog – położnik, 19-300 Ełk ul. Tuwima 26 lok 1** oraz **podwykonawców usług medycznych współpracujących z podmiotem leczniczym na podstawie stosownych umów na świadczenie usługi medycznej** wynikających z prowadzonej działalności, zgodnie z RODO na podstawie art. 6 ust 1 lub art. 9 ust 1, 2 lit a, b, c, d, h, i, j w zakresie w jakim jest to niezbędne i w celu jakim zostały zebrane :

- Udzielenia świadczenia zdrowotnego, zapewnienia opieki zdrowotnej i wykonywania świadczeń medycznych, prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej, zarządzania usługami informacji podczas udzielania świadczenia, zapewnienia zabezpieczenia społecznego oraz uczestniczenia w programach medycznych i profilaktycznych
  - zapewnienia obsługi pacjentów poprzez kontakt osobisty, telefoniczny, email, zapis on-line oraz w celu udzielenia informacji bądź odbioru dokumentacji medycznej w tym wyników badań
  - prowadzenia rozliczeń finansowo – księgowych związanych z udzielanym świadczeniem
  - ustalenia ewentualnych roszczeń i procesów obronnych związanych z prowadzonymi usługami
- Podanie danych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do wykonania usługi medycznej.

.....  
(podpis pacjenta lub opiekuna prawn. osoby nieletniej)

Jednocześnie oświadczam, że zgodnie z art. 13 i 14 Ogólnego Rozporządzenia o ochronie danych zostałem poinformowany/a o tym, że: Administratorem danych osobowych jest **ISPL Katarzyna Rybaczek ginekolog – położnik, 19-300 Ełk ul. Tuwima 26 lok 1**

Administrator dokłada wszelkich starań, aby zapewnić wszelkie działania zgodnie z obowiązującymi przepisami z zachowaniem Państwa praw wynikających z RODO. Szczegóły dotyczące przetwarzania danych są opisane w klauzuli informacyjnej dostępnej w Recepcji oraz na stronie internetowej [www.ginekologelk.pl](http://www.ginekologelk.pl) w zakładce dla Pacjenta.

.....  
(podpis pacjenta lub opiekuna prawn. osoby nieletniej)

Ełk , dnia .....