

Dane Pacjenta:

Imię i nazwisko:

Pesel:.....

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja, niżej podpisana/-y
niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb związanych ze świadczeniem usług medycznych i pielęgnacyjnych, dokonywania rozliczeń z tego tytułu, a także prowadzenia przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej.

PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH INFORMACJA DLA PACJENTÓW

Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych informujemy¹, że Administratorem podanych przez Państwa danych osobowych jest KTMD Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Spółka komandytowa z siedzibą w Krakowie.

Dane są przetwarzane w celu udzielenia świadczeń zdrowotnych, dokonywania rozliczeń z tego tytułu, a także prowadzenia przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej. Informujemy również o przysługującym Państwu prawie do dostępu do treści swoich danych i ich aktualizacji.

Administratorsa danych obowiązują przepisy dotyczące przetwarzania danych osobowych, zawarte w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzaju i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, a także w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach Pacjenta i Rzecznika praw Pacjenta .

Zgodnie z zapisami ustawy, dane niezbędne do prowadzenia dokumentacji medycznej, o których mowa w art. 25, nie mogą zostać usunięte.

.....
(miejsce i data)

.....
(czytelny podpis Pacjenta)