

## **Klauzula dla pacjenta pełnopłatnego korzystającego ze świadczeń zdrowotnych**

### **Klauzula zgody**

Czy wyraża Pani/Pan zgodę na przetwarzanie przez CRR KRUS z siedzibą w Iwoniczu – Zdroju ul. ks. Jana Rąba 22 podanych przez Pana/Panią w niniejszym dokumencie danych osobowych, w tym również danych osobowych szczególnych kategorii tj. danych dotyczących zdrowia w celu ich przetwarzania

w zakresie udzielenia świadczeń zdrowotnych przez CRR KRUS w Iwoniczu – Zdroju - zgodnie z art. 6 ust.1 lit. a), b) oraz lit. c) RODO\*

Nazwisko ..... Imię .....

adres zamieszkania : .....

adres e-mail..... PESEL .....

Prosimy, wyraźnie potwierdzić, że zgadza się Pan/Pani, aby CRR KRUS w Iwoniczu – Zdroju przetwarzało podane przez Pana/Panią dane osobowe, o których mowa wyżej:

TAK, zgadzam się, aby CRR KRUS w Iwoniczu – Zdroju przetwarzało podane przeze mnie dane, o których mowa wyżej;

NIE

.....  
Data, czytelny podpis

### **Klauzula informacyjna**

**Zgodnie z art. 13 RODO\* informujemy, iż:**

1) Administratorem Danych Osobowych jest Centrum Rehabilitacji Rolników KRUS w Iwoniczu-Zdroju, ul. ks. Jana Rąba 22, tel. 134350612, email : sekretariat@crriwonicz.pl

2) osoby, których dane dotyczą mogą się kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych - tel. 13 43 506 12 – we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem ich danych osobowych oraz zgłaszając do Inspektora Ochrony Danych wszelkie incydenty i naruszenia dotyczące bezpieczeństwa danych osobowych;

3) Pani/Pana dane osobowe, w tym dane osobowe szczególnych kategorii tj. dane dotyczące zdrowia przetwarzane będą w celu udzielania świadczeń zdrowotnych - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a, lit. b), lit. c) RODO\*, art. 9 ust. 2 lit. h) RODO\* oraz w szczególności ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej, ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Celem, dla którego Administrator Danych Osobowych przetwarza Pani/Pana dane osobowe jest zawarcie i realizacja umowy o świadczenie usług zdrowotnych. Ponadto celem przetwarzania danych osobowych jest:

- a) dochodzenie ewentualnych roszczeń przez Administratora Danych Osobowych w związku z realizacją umowy o świadczenie usług zdrowotnych, w tym dochodzenie naprawienia szkody,
- b) udokumentowanie wykonania powyższej usługi dla celów podatkowych.

4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa, w tym KRUS, NFZ. Państwa dane osobowe mogą być przekazywane zaufanym podmiotom (procesorom), które w ramach zawartej z Administratorem Danych Osobowych umowy będą realizować ściśle określone w umowie cele zgodnie z przepisami prawa, w tym mogą zostać udostępnione producentom lub firmom serwisującym oprogramowanie wykorzystywane w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych;

5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres wymagany przepisami prawa, w tym ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, okres przedawnienia roszczeń w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych,

6) Posiada Pani/Pan prawo do:

- żądania od Administratora Danych Osobowych dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania,
- żądania od Administratora Danych Osobowych usunięcia danych osobowych lub ograniczenia ich przetwarzania (te prawa podlegają ograniczeniom w niektórych przypadkach przewidzianych przez przepisy RODO),
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych – w przypadkach, gdy dane są przetwarzane na podstawie prawnie uzasadnionego interesu realizowanego przez Administratora lub podmiot trzeci (to prawo podlega ograniczeniom w niektórych przypadkach przewidzianych przez przepisy RODO),
- przeniesienia danych osobowych do innego administratora.
- cofnięcia wyrażonej zgody na przetwarzanie w dowolnym momencie (przy czym pozostanie to bez wpływu na przetwarzanie dokonane przed cofnięciem zgody),

7) w przypadku, gdy przetwarzanie danych narusza przepisy prawa ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do właściwego organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;

8) podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jest Pan/Pani zobowiązany/na do ich podania,

a konsekwencją niepodania danych osobowych jest brak możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych.

9) W oparciu o Pani/Pana dane osobowe Administrator nie będzie podejmował wobec Pani/Pana zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

.....  
Data, czytelny podpis

***\*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).***

**Oświadczenie pacjenta pełnopłatnego, któremu CRR KRUS  
w Iwoniczu – Zdroju udziela świadczeń zdrowotnych**

**Upoważnienie osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta  
i udzielonych świadczeniach zdrowotnych**

Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i o udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych\*

Osobą upoważnioną do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i o udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych na podstawie art 9 ust. 3 ustawy z dnia 6.11.2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta jest\* :

.....  
imię i nazwisko osoby upoważnionej, adres zamieszkania, nr telefonu, adres email

.....  
Data, czytelny podpis pacjenta

**Oświadczenie pacjenta  
Upoważnienie dotyczące udostępniania dokumentacji medycznej**

Nie wyrażam zgody i nie upoważniam nikogo do udostępniania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby\*

Oświadczam, że osobą upoważnioną do udostępniania mojej dokumentacji medycznej, na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6.11.2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta jest\*:

.....  
imię i nazwisko osoby upoważnionej, adres zamieszkania, nr telefonu, adres email

.....  
Data, czytelny podpis pacjenta

\*- zaznaczyć (X) właściwą odpowiedź