FORMULARZ PACJENTA - ŚWIADCZENIA KOMERCYJNE

DANE PACJENTA

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres: .....

Telefon: .....

Przyjmuję do wiadomości, że Administrator może kontaktować się ze mną telefonicznie, za pośrednictwem wiadomości SMS lub poczty elektronicznej w sprawach związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych (w szczególności potwierdzania lub odwoływania wizyt, przekazywania informacji dotyczących leczenia, e-recept i skierowań).

Podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO.

UPOWAŻNIENIE:

Osoba upoważniona: ..... PESEL: .....

Adres, Telefon (opcjonalnie-do kontaktu): .....

.....

☐ informacje o stanie zdrowia ☐ dokumentacja medyczna (również po śmierci)

☐ odbiór recept i zaświadczeń ☐ Nie upoważniam żadnej osoby

Skrócona informacja o przetwarzaniu danych osobowych (RODO)

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Łuksja-Med Sp. z o.o. z siedzibą w Łukowie przy ul. Staropijarskiej 3.
Dane osobowe, w tym dane dotyczące zdrowia, przetwarzane są w celu udzielania świadczeń zdrowotnych, prowadzenia dokumentacji medycznej oraz realizacji obowiązków wynikających z przepisów prawa.
Odbiorcami danych mogą być podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa oraz podmioty współpracujące przy realizacji świadczeń zdrowotnych.
Dokumentacja medyczna przechowywana jest przez okres wymagany przepisami prawa.
Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
Pełna klauzula informacyjna dostępna jest w rejestracji oraz na stronie internetowej placówki www.luksja-med.pl.

☐ Potwierdzam otrzymanie informacji o przetwarzaniu danych osobowych oraz wskazaniu miejsca udostępnienia pełnej klauzuli informacyjnej.

Data: ..... Podpis pacjenta: .....

Formularz nie stanowi zgody na wykonanie konkretnego świadczenia medycznego. Jeżeli przepisy lub charakter świadczenia wymagają odrębnej zgody, zostanie ona uzyskana w dokumentacji medycznej.