

Dane opiekunów prawnych:

Imię i nazwisko:..... PESEL:.....
Adres:..... Tel.:.....

Imię i nazwisko:..... PESEL:.....
Adres:..... Tel.:.....

Wyrażam zgodę na leczenie, badanie diagnostyczne oraz wykonywanie szczepień obowiązkowych i zalecanych **mojemu dziecku**:

PESEL: w Centrum Medycznym IPS przy ul. Korzona 111 w Warszawie.

Poniższe zgody dotyczą dokumentacji medycznej prowadzonej w związku z procesem leczenia w Centrum Medycznym IPS.

- **Do zasięgnięcia informacji o stanie zdrowia mojego dziecka upoważniam***:

.....
(imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, telefon kontaktowy)

.....
(imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, telefon kontaktowy)

- **Do uzyskania dokumentacji medycznej za życia upoważniam***:

.....
(imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, telefon kontaktowy)

.....
(imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, telefon kontaktowy)

- **Nie wyrażam zgody na udostępnienie dokumentacji medycznej mojego dziecka po jego śmierci osobie****:

.....
(imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa)

** Jeżeli opiekun **NIE CHCE WSKAZAĆ NIKOGO**, to przekreśla powyższe trzy punkty.*

*** Ustawa o prawach pacjenta mówi, że „dostęp do dokumentacji medycznej będzie mogła uzyskać także osoba bliska zmarłego pacjenta, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia”.*

Przez osobę bliską rozumie się: małżonka, krewnego do drugiego stopnia lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta – brzmienie obowiązujące od dnia 9 lutego 2019 r.

.....
Data i czytelny podpis Pacjenta

Administrator Danych Osobowych

Administratorem Państwa danych osobowych jest INSTYTUT PSYCHOSOMATYCZNY SP. Z O.O. z siedzibą w Warszawie przy ulicy Poleczki 40a.

Inspektor Ochrony Danych Osobowych

Instytut powołał Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym możecie Państwo kontaktować się w sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych. Kontakt z inspektorem pod adresem Administratora: 02-822 Warszawa ul. Poleczki 40a, lub na adres e-mail: iod@pcat.pl.

Cel przetwarzania danych

Celem przetwarzania danych jest objęcie procesem leczenia, wywiązanie się z umowy dotyczącej świadczenia usług medycznych w ramach POZ.

Pełny obowiązek informacyjny znajduje się na stronie internetowej www.centrummedyczne.ips.pl lub w segregatorze z prawami pacjenta dostępnym w rejestracji przychodni.

Podstawa prawna:

- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta (Dz.U. z dnia 31 marca 2009 r.)

- 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).