**Centrum Medyczne LUXMED 2024-07-12
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością**

**ul. Radziwiłłowska 5, 20-080 Lublin**

**OŚWIADCZENIE RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO**

1. **Dane osobowe dziecka:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| PESEL |  |

1. **Kto jest rodzicami\*** dziecka?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Matka\*:** |  |  |  |
| Imię |  | PESEL |  |
| Nazwisko  |  | Nr telefonu |  |
| **Ojciec\*:** |  |  |  |
| Imię |  | PESEL |  |
| Nazwisko  |  | Nr telefonu |  |

1. **Kto,** (oprócz rodziców\*) **może zgłosić się z dzieckiem** na badanie, wizytę, zabieg, iniekcję, szczepienie? **(np. babcia, opiekunka, pełnoletnie rodzeństwo itp.):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię |  | PESEL / data urodzenia |  |
| Nazwisko  |  | Nr telefonu |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię |  | PESEL / data urodzenia |  |
| Nazwisko  |  | Nr telefonu |  |

[ ] **Nikt** oprócz rodzica\* **nie może zgłosić się z dzieckiem** na świadczenia medyczne w CM LUXMED Sp z o.o.

1. **Kto,** ( oprócz rodziców\*) **może odebrać dokumentację medyczną** dziecka **i uzyskać informacje** o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię |  | PESEL / data urodzenia |  |
| Nazwisko  |  | Nr telefonu |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię |  | PESEL / data urodzenia |  |
| Nazwisko  |  | Nr telefonu |  |

[ ]  **Nikt** oprócz rodzica\* **nie może odebrać wyników** badania, kopii dokumentacji medycznej ani uzyskać informacji o stanie zdrowia dziecka i udzielonych mu świadczeniach w CM LUXMED Sp z o.o.

*Wpisz imię i nazwisko osoby podpisującej dokument*

/Dokument podpisany elektronicznie/

*\*również opiekun prawny*

Prosimy o przekazanie wskazanym Osobom Upoważnionym niniejszej

klauzuli informacyjnej

**Klauzula informacyjna**

**dla osoby upoważnionej do wglądu dokumentacji pacjenta**

 **i otrzymywania informacji o jego stanie zdrowia**

Pani/Pana dane zostały udostępnione nam przez pacjentkę/pacjenta naszej przychodni, który wskazał Panią/Pana jako osobę upoważnioną do dostępu do jej/jego dokumentacji medycznej i otrzymywania informacji o jej/jego stanie zdrowia.

Przekazane nam dane mają umożliwić nam jednoznaczną identyfikację osoby, która zwraca się o udzielenie informacji o stanie zdrowia pacjenta i/lub chce uzyskać wgląd do jego dokumentacji.

 W tym celu przetwarzamy następujące Pani/Pana dane: imię, nazwisko, nr PESEL lub datę urodzenia, adresu, nr telefonu.

Zgodnie z art. 14 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informujemy, co następuje:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Centrum Medyczne LUXMED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością ul. Radziwiłłowska 5, 20-080 Lublin.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są przez Administratora w celu udostępnienia Pani/Panu wglądu do dokumentacji pacjenta i otrzymywania informacji o jego stanie zdrowia,
3. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. b i c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz Ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
4. Kategoria danych osobowych: dane niewrażliwe.
5. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
6. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres wskazany w art. 29 ust.1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta  z dn. 6 listopada 2008 r. z późniejszymi zmianami.
7. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych o ile przepisy prawa nie stanowią inaczej.
8. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.
Biuro Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, Adres: 00-193 Warszawa, ul. Stawki 2, Telefon: (22) 531 03 00.
9. Podanie  przez pacjenta Pani/Pana danych  osobowych jest dobrowolne, odmowa podania danych nie skutkuje odmową realizacji usługi pacjentowi natomiast będzie skutkowało brakiem możliwości uzyskania wglądu do dokumentacji pacjenta i/lub uzyskania informacji o jego stanie zdrowia.