

Informacja o prawach pacjenta i przetwarzaniu danych osobowych

- Niniejszym pragniemy poinformować iż przetwarzamy Pana/Pani dane osobowe. Administratorem Danych Osobowych jest Estetika Cierplikowski&Delmaczyński Sp. j. z siedzibą w Rzeszowie, Al. Witosa 15B
- W celu udzielania świadczeń leczniczych na podstawie obowiązku wynikającego z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069), oraz ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz. U. z 2016 r. poz. 186 z późn. zm.), będziemy przetwarzać Pana / Pani dane osobowe z następujących kategorii:
 - Podstawowe dane identyfikacyjne: imię i nazwisko, data urodzenia, oznaczenie płci, PESEL, adres zamieszkania, telefon, e-mail
 - Dane dotyczące zdrowia, (diagnostyka oraz leczenie w tym zdjęcia fotograficzne i RTG)
 - Nagrania wideo - z monitoringu wizyjnego
 - Nagrania głosu - z monitoringu telefonicznego
- Pana / Pani dane możemy udostępnić następującym kategoriom podmiotów :
 - Księgowym - w zakresie wystawionych rachunków za leczenie
 - Laboratorium protetycznemu - w zakresie przekazania zlecenia o wykonanie pracy protetycznej na Terenie RP oraz poza teren Polski / UE/ Europejskiego Obszaru Gospodarczego.
 - Firmom zewnętrznym które zajmują się serwisem sprzętu i infrastruktury w tym usuwają awarie
- Pana/Pani dane pozyskane w celu udzielania świadczeń leczniczych przechowujemy przez okres 20 lat.
- Nagrania z monitoringu (wizyjnego, głosowego) zachowywane są przez okres 3 miesięcy.
- Panu / Pani przysługują prawa :
 - 6.1 Uzyskania potwierdzenia czy przetwarzamy Pana/Pani dane osobowe a jeżeli ma to miejsce do uzyskania dostępu do tych danych po weryfikacji tożsamości
 - 6.2 Prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii, po weryfikacji tożsamości
 - 6.3 Do nieodpłatnej pierwszej kopii przetwarzanych danych, wydanie kolejnych kopii jest odpłatne,
 - 6.4 Przedłużeniu ponad jeden miesiąc terminu na rozpatrzenie żądania osoby
 - 6.5 O tym iż obiekt jest monitorowany i odbywa się monitoring wizyjny oraz dźwiękowy
 - 6.6 O planowanej zmianie celu przetwarzania, przy innym celu niż udzielanie świadczeń leczniczych
 - 6.7 Prawo do sprostowania (poprawienia) swoich danych
 - 6.8 Prawo Pacjenta do bycia zapomnianym nie znajduje zastosowania wobec danych osobowych przetwarzanych na podstawie art.9 ust.2 lit.h RODO w szczególności wobec przetwarzania danych w ramach dokumentacji medycznej przez cały wymagany okres archiwizacji zgodny z art. 29 ust.1 ustawy o prawach pacjenta w zw. Z art. 17 ust.3 lit.b RODO
 - 6.9 W przypadku gdy dane przetwarzane są na podstawie zgody pacjenta, możecie Państwo zrealizować prawo do bycia zapomnianym w zakresie celu określonego w tej zgodzie.
 - 6.10 Prawo do ograniczenia przetwarzania danych nie ma zastosowania w odniesieniu do Pana/ Pani danych osobowych przetwarzanych w celach udzielania świadczeń medycznych w szczególności w ramach dokumentacji medycznej możemy przetwarzać dane w dotychczasowym zakresie albowiem mogłoby to istotnie utrudnić realizację tego celu.
 - 6.11 Prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych; W każdej chwili może Pan/Pani cofnąć zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych, edukacyjnych, naukowych, reklamowych - o ile takiej zgody Pan/Pani nam udzielili pisemnie. Cofnięcie zgody nie będzie wpływać na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonaliśmy na podstawie Pana/Pani zgody przed wycofaniem.
 - 6.12 Udostępnienia dokumentacji medycznej na zasadach określonych w art 26 i 27 ustawy z dnia 6 listo- pada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz. U. z 2016 r. poz. 186 z późn. zm.).
 - 6.13 Prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego ; Jeżeli Pan/ Pani uważa, że przetwarzamy Twoje dane osobowe niezgodnie z prawem, może złożyć skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych
- Weryfikacji tożsamości dokonuje się poprzez kontrolę okazanego przez Pana/Panią dokumentu potwierdzającego tożsamość zawierającego co najmniej zdjęcie, imię i nazwisko oraz PESEL lub w przypadku jego braku inny numer jednoznacznie identyfikujący Pacjenta. Dokumentem potwierdzającym tożsamość jest w szczególności: dowód osobisty, legitymacja studencka, prawo jazdy, paszport. Możemy utrwalić informację o weryfikacji poprzez wpisanie do dokumentacji :daty dokonania weryfikacji tożsamości; oraz dokumencie, na podstawie którego została ona dokonana, z jednoczesnym wskazaniem numeru/identyfikatora tego dokumentu (np. numer i seria dowodu osobistego).
- W przypadku, jeżeli w imieniu Pacjenta małoletniego występuje przedstawiciel ustawowy, to tożsamość Pacjenta może być potwierdzona również przez przedstawiciela ustawowego w drodze oświadczenia i okazania dowodu tożsamości przedstawiciela ustawowego. Możemy utrwalić informację o dacie dokonania weryfikacji oraz dokumencie przedstawiciela ustawowego, na podstawie którego została ona dokonana.
- W celu wykonania Pana/ Pani praw proszę o skierowanie żądani pod adres e-mail lub zadzwoń . Proszę pamiętać że przed realizacją Pana/Pani żądania będziemy musieli upewnić się czy żądanie na pewno pochodzi od Pana/ Pani czyli będziemy musieli Pana/Panią zidentyfikować pytając o dane które wyłącznie Pan/Pani zna. Jeżeli weryfikacja Pana/Pani tożsamości nie zostanie pomyślnie przeprowadzona będziemy musieli prosić Pana/Panią o osobiste odwiedzenie naszej jednostki w celu potwierdzenia żądania i prawidłowej identyfikacji, dopiero wówczas Pana/Pani żądanie będzie podlegało realizacji.
- Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym wynikającym z §1 i §2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069), oraz z art.25 i 24 ustawy z dnia 6 listo- pada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz. U. z 2016 r. poz. 186 z późn. zm.).
- Jeżeli Pan/Pani nie podaży danych osobowych nie będziemy mogli udzielić Panu/Pani świadczeń leczniczych.
- Zgoda pisemna na przetwarzanie danych osobowych w celu reklamowym, marketingowym, edukacyjnym lub naukowym jest dobrowolna.
- Potwierdzam że zapoznałam/tem się z informacją o przetwarzaniu Moich danych osobowych**

--	--

Data _____ Czytelny podpis pacjenta