

OŚWIADCZENIE PACJENTA / OPIEKUNA PRAWNEGO

PROSZĘ WYPEŁNIAĆ FORMULARZ DRUKOWANYMI LITERAMI I ZAZNACZYĆ X W ODPOWIEDNICH KWADRATACH



Dane Pacjenta:

Imię i nazwisko

PESEL

Imię Ojca

Imię Matki

Adres zamieszkania

Numer telefonu do kontaktu z Kandydatem lub opiekunem

Adres e-mail do kontaktu z Kandydatem lub opiekunem

Jeśli Pacjent jest dzieckiem, oświadczenie wypełnia jego opiekun prawny i należy podać dane opiekuna prawnego:

Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego

PESEL rodzica / opiekuna

Imię i nazwisko drugiego rodzica / opiekuna prawnego

PESEL drugiego rodzica / opiekuna

☐ Zezwalam na przeprowadzenie badania / udzielenie świadczenia zdrowotnego w niniejszej placówce.

Zgoda na przeprowadzenie badania / udzielenie świadczenia jest ważna do momentu jej odwołania (na podstawie art. 14 ust. 2 pkt 3 oraz art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2016.186, tj. z dnia 2016.02.16)).

☐ Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia Pacjenta

Upoważniam do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia:

1.

☐ Upoważniam do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia

Imię i nazwisko pierwszej osoby upoważnionej

PESEL

Numer telefonu

2.

☐ Upoważniam do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia

Imię i nazwisko drugiej osoby upoważnionej

PESEL

Numer telefonu

☐ Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania dokumentacji medycznej Pacjenta

Upoważniam do uzyskiwania dokumentacji medycznej we wszystkich prawnie dopuszczalnych formach:

1.

☐ Upoważniam do uzyskiwania dokumentacji medycznej

Imię i nazwisko pierwszej osoby upoważnionej

PESEL

Numer telefonu

2.

☐ Upoważniam do uzyskiwania dokumentacji medycznej

Imię i nazwisko drugiej osoby upoważnionej

PESEL

Numer telefonu

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2015, poz. 2069).



Zgłaszając się w dniu dzisiejszym na badania lotniczo-lekarskie, oświadczam, że:

1. Jestem wypoczęty(a), czuję się zdrowy(a) i gotowy(a) do poddania się badaniom, a przez ostatnie 24 godziny nie spożywałem(am) alkoholu i dbałem(am) o racjonalne odżywianie się. Do badań stawilem(am) się na czczo. Nie przebywam na zwolnieniu lekarskim.
2. Z uwagą zapoznałem(am) się ze stwierdzeniami dotyczącymi mojego stanu zdrowia i historii medycznej zawartymi w Formularzu Wniosku o Wydanie Orzeczenia Lotniczo-Lekarskiego, a dane przeze mnie uzupełnione są, zgodnie z moją najlepszą wiedzą, prawdziwe i kompletne. Nie zataiłem(am) żadnej istotnej informacji i nie umieściłem(am) żadnego mylącego stwierdzenia. Rozumiem, że podanie niepełnych lub nieprawdziwych danych we wspomnianym Formularzu może skutkować wydaniem negatywnego orzeczenia lotniczo-lekarskiego przez lekarza orzecznika lub też władza uprawniona do licencjonowania może odmówić wydania orzeczenia lub cofnąć wszystkie wydane orzeczenia lotniczo-lekarskie niezależnie od wszystkich innych działań mających zastosowanie zgodnie z prawem krajowym.
3. Zostałem poinformowany(a), iż zgodnie z art. 106 ust. 3 ustawy z dnia 3 lipca 2002 r. - Prawo lotnicze (Dz. U. z 2019 r., poz. 1580 i 1495) przysługuje mi prawo odwołania się od orzeczenia lotniczo-lekarskiego wydanego przez lekarza orzecznika medycyny lotniczej do Naczelnego Lekarza Lotnictwa Cywilnego, w terminie 14 dni od dnia otrzymania orzeczenia. Odwołania od orzeczeń lotniczo-lekarskich wnosi się do Naczelnego Lekarza Lotnictwa Cywilnego za pośrednictwem lekarza orzecznika, przez którego zostało ono wydane.

☐ **Wyrażam zgodę na przesyłanie wyników badań laboratoryjnych na wskazany przeze mnie na stronie 1 niniejszego oświadczenia adres email (do kontaktu z Pacjentem lub opiekunem). Zostałem(am) poinformowany(a) o zagrożeniach przesyłania danych drogą elektroniczną oraz biorę pełną odpowiedzialność za obieg i bezpieczeństwo udostępnionych danych w sieci.**

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/976 z dnia 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), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w niniejszej placówce na potrzeby:

☐ **Kontaktu telefonicznego / sms* w celu realizacji wizyty (wiadomość sms w sprawie jej potwierdzenia, przesunięcia, odwołania), a także w celu przesłania kodu eRecepty wraz z ewentualnymi niezbędnymi do realizacji eRecepty informacjami uzupełniającymi**

Podanie danych teleadresowych jest dobrowolne, jednakże brak wyrażenia zgody będzie skutkować brakiem możliwości powiadomienia Pacjenta / osoby upoważnionej o krytycznych wynikach badań i/lub przekazania innych istotnych informacji.

Klauzula informacyjna

Administratorem danych osobowych podanych w niniejszym oświadczeniu dla celów związanych z realizacją świadczeń medycznych jest Romana Borkowska prowadząca działalność gospodarczą pod nazwą ALERGO-MED Poradnia Specjalistyczna. Dane osobowe będą przetwarzane w związku z:

- kontaktem ze wskazanymi przez Pacjenta osobami upoważnionymi (zgoda jest dobrowolna);
- kontaktem z Pacjentem lub opiekunem prawnym Pacjenta w sposób telefoniczny, sms lub e-mail (zgoda jest dobrowolna);
- udzieloną zgodą na przesyłanie wyników badań laboratoryjnych/diagnostycznych drogą elektroniczną (zgoda jest dobrowolna);
- udzieloną zgodą na przesyłanie komunikacji marketingowej oraz na przetwarzanie danych w celach marketingowych (zgoda jest dobrowolna).

We wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych można skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem: iod@alergo-med.com. Pozyskane dane osobowe mogą być przekazywane do innych podmiotów w przypadkach określonych w obowiązku informacyjnym wynikającym z art. 13 RODO, który udostępniony jest na tablicach informacyjnych w przychodniach ALERGO-MED oraz na stronach internetowych przychodni (alergo-med.com i badanialotniczolekarskie.pl).

☐ **Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści ww. danych oraz o prawie do ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania. Zapoznałem(am) się z obowiązkiem informacyjnym wynikającym z art. 13 RODO.**

* niepotrzebne skreślić

.....
Data i podpis Pacjenta / opiekuna prawnego