Oświadczenia i zgody pacjenta

Instytut Rakowskiego Danuta Sokołowska · ul. Leśna 1, Sierosław, 62-080 Tarnowo Podgórne

Centrum Terapii Manualnej Rakowskiego
podmiot leczniczy prowadzony przez Instytut Rakowskiego Danuta Sokołowska

Sierosław, dnia .....

Dane pacjenta

Imię i nazwisko: ……..……..

PESEL ……. data urodzenia: ……..……...

Adres zamieszkania: .....

Telefon: ..... E-mail: .....

1. Upoważnienie do informacji o stanie zdrowia

Oświadczam, że do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych (art. 9 ust. 3 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta):

□ nie upoważniam nikogo □ upoważniam następującą osobę:

Imię i nazwisko: …… Telefon: ……

PESEL lub rodzaj i numer dokumentu tożsamości: .....

czytelny podpis: .....

2. Upoważnienie do dokumentacji medycznej

Oświadczam, że do dostępu do mojej dokumentacji medycznej prowadzonej przez Centrum Terapii Manualnej Rakowskiego, także po mojej śmierci (art. 26 ust. 1 i 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta):

□ nie upoważniam nikogo □ upoważniam następującą osobę:

Imię i nazwisko: …… Telefon: ……

PESEL lub rodzaj i numer dokumentu tożsamości: .....

□ sprzeciwiam się udostępnieniu mojej dokumentacji medycznej po mojej śmierci osobom bliskim (art. 26 ust. 2 ustawy).

czytelny podpis: .....

3. Zgoda na udzielenie świadczeń zdrowotnych

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania i udzielanie mi świadczeń zdrowotnych w Centrum Terapii Manualnej Rakowskiego, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Wiem, że o świadczeniach o podwyższonym ryzyku lub dotyczących szczególnych procedur (np. igłoterapia, techniki per rectum lub per vaginam) zostanę poinformowany/-a odrębnie i mogę nie wyrazić na nie zgody. Mogę w każdej chwili wycofać zgodę lub przerwać terapię.

czytelny podpis: .....

Zasady dotyczące nagrywania i fotografowania

Dla ochrony prywatności pacjentów i personelu w gabinetach obowiązuje zakaz filmowania, fotografowania i nagrywania dźwięku bez uprzedniej zgody osoby udzielającej świadczenia, która przedstawia warunki takiej zgody. Przyjmuję te zasady do wiadomości i zobowiązuję się ich przestrzegać.

czytelny podpis: .....

Zgody dobrowolne - brak poniższych zgód nie wpływa na udzielenie świadczeń zdrowotnych.

Zgoda na wykorzystanie wyników leczenia w celach naukowych, statystycznych i dydaktycznych

Wyrażam zgodę na wykorzystanie informacji o przebiegu i wynikach mojego leczenia, zawartych w dokumentacji medycznej Centrum Terapii Manualnej Rakowskiego, w celach naukowych, statystycznych i dydaktycznych (w tym na kursach dla specjalistów prowadzonych przez Instytut Rakowskiego) – w sposób uniemożliwiający moją identyfikację (art. 26 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta). Zgodę mogę w każdej chwili wycofać.

czytelny podpis: .....

Zgoda na wizerunek

Wyrażam zgodę na utrwalenie mojego wizerunku (zdjęcia, nagrania) podczas terapii i jego wykorzystanie w następujących celach:

☐ materiały dydaktyczne kursów dla specjalistów (bez publikacji) ☐ strona ctmrakowski.pl ☐ media społecznościowe

Zgodę mogę w każdej chwili wycofać; wycofanie nie dotyczy materiałów już opublikowanych przed jej wycofaniem.

czytelny podpis: .....

Zgoda na informacje o ofercie (dobrowolna)

Wyrażam zgodę na przesyłanie mi przez Instytut Rakowskiego Danuta Sokołowska informacji o ofercie, promocjach i wydarzeniach Centrum Terapii Manualnej Rakowskiego i Instytutu Rakowskiego na podane przeze mnie dane kontaktowe:

☐ e-mailem ☐ SMS-em

Do tego celu wykorzystujemy wyłącznie dane kontaktowe – nie dane z dokumentacji medycznej. Zgodę mogę w każdej chwili wycofać w rejestracji lub e-mailem na adres biuro@ctmrakowski.pl; wycofanie nie wpływa na udzielanie świadczeń.

czytelny podpis: .....

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

Administratorem danych pacjenta i osób przez niego upoważnionych jest Instytut Rakowskiego Danuta Sokołowska, prowadzący podmiot leczniczy Centrum Terapii Manualnej Rakowskiego, ul. Leśna 1, Sierosław, 62-080 Tarnowo Podgórne (kontakt: biuro@ctmrakowski.pl, tel. +48 61 814 79 00). Dane przetwarzamy w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i prowadzenia dokumentacji medycznej (art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 ust. 2 lit. h RODO), a dane kontaktowe – także w celu umawiania i przypominania o wizytach (art. 6 ust. 1 lit. b RODO). Dokumentację medyczną przechowujemy przez 20 lat od końca roku, w którym dokonano ostatniego wpisu. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, sprzeciwu i wniesienia skargi do Prezesa UODO; prawo do usunięcia danych nie obejmuje dokumentacji medycznej w okresie jej obowiązkowego przechowywania. Pełna informacja – Polityka prywatności na stronie ctmrakowski.pl/polityka-prywatnosci oraz w rejestracji.