**KARTA ZGŁOSZENIA PACJENTA powyżej 16 r.ż.**

Data zgłoszenia:

…..……………………

Imię i nazwisko specjalisty przyjmującego zgłoszenie:

……………….……………………….……………….

Imię i nazwisko dziecka: ……………………………………………………………………………………………………………

Data i miejsce urodzenia dziecka: ……………………………………………………………………………………………………………

Pesel dziecka: ……………………………………………………………………………………………………………

Nazwa przedszkola/szkoły, do której uczęszcza dziecko\*\*: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres przedszkola/szkoły\*\*: ……………………………………………………………………………………………………………

Klasa/grupa\*\*: ……………………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania dziecka: ……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

Telefon dziecka\*\*: ……………………………………………

Email dziecka\*\*: ……………………………………………

\*\*dane dobrowolne

Imię i nazwisko Matki/opiekuna prawnego: ………………………………………………………………………………...….........................

Pesel Matki/opiekuna prawnego: ……………………………………………………………………………………………………

Telefon Matki/opiekuna prawnego: ……………………………………………………………………………………………………

E-mail Matki/opiekuna prawnego: ……………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania Matki/opiekuna prawnego:

▢ taki jak dziecka

▢ inny: …………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………….

Imię i nazwisko Ojca/opiekuna prawnego: ……………………………………………………………………………………………………

Pesel Ojca/opiekuna prawnego: ……………………………………………………………………………………………………

Telefon Ojca/opiekuna prawnego: ……………………………………………………………………………………………………

E-mail Ojca/opiekuna prawnego: ……………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania Ojca/opiekuna prawnego:

▢ taki jak dziecka

▢ inny: …………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………….

Proszę wskazać telefon do potwierdzania i odwoływania wizyt przez SMS:

1. ……………………………………………………………………………………………

ewentualnie

1. ……………………………………………………………………………………………

**ZGODY ZWIĄZANE Z ROZPOCZĘCIEM LECZENIA W EZRA UKSW SP. Z O.O. W WARSZAWIE (DOT. MAŁOLETNIEJ/GO)**

Ja, niżej podpisana/y: …………………………………………………………………………………….

adres: ……………………………………………………………………………………………………..

PESEL: ………………………………………………………………………..………………………….

opiekun prawny małoletniej/go: ………………………………………………………………………….

adres: ……………………………………………………………………………………………………..

urodzonej/go w dniu: ……………………………………………………, PESEL: ……………………..

**ZGODA NA ROZPOCZĘCIE LECZENIA**

Oświadczam, że:

* wyrażam zgodę na objęcie ww. małoletniej/go procesem diagnozy i pomocy psychologicznej
* zostałem poinformowany, że mogę wycofać swoją zgodę;
* zostałem zapoznany z formami pomocy psychologicznej i środowiskowej oferowanej przez ośrodek;
* udzieliłem pełnych i prawdziwych odpowiedzi na zadawane pytania odnośnie stanu zdrowia małoletniej/go, przyjmowania leków oraz przebytych urazów i zabiegów:
* informacje przekazane przed decyzją o podjęciu leczenia były dla mnie w pełni jasne i zrozumiałe;
* przed decyzją o podjęciu leczenia miałem możliwość zadania pytań dotyczących leczenia.

Oświadczam, że wyrażam świadomą zgodę na rozpoczęcie leczenia ww. małoletniej/go.

………………………………. …….……………………………………………….

Data, miejscowość Podpis rodzica i/lub rodziców/opiekunów prawnych

**UPOWAŻNIENIE DO UZYSKANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA, DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Nie upoważniam nikogo/upoważniam\*:

1. ……………………………………………………………………………………………………..

nr tel. ……………………………….……….., e-mail …………………..………………………;

1. ………………………………………………………………………………………………….….

nr tel. ………………………………..………, e-mail ……………..…………………………….;

do:

1) uzyskiwania wszelkich informacji (w rozumieniu obowiązujących przepisów, w tym w szczególności art. 9 ust. 2 i 3 i in. ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i art 31 i in. ustawy z dn. 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty) o stanie zdrowia małoletniej/go, również na wypadek mojej śmierci, od placówek służby zdrowia oraz od osób świadczących pomoc medyczną;\*

2) dostępu (w tym wglądu do oryginałów, uzyskania kopii, odpisów i wypisów) do dokumentacji medycznej (w rozumieniu obowiązujących przepisów, w tym w szczególności art. 26 ust. 1 i 2 i in. ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta);\*

Niniejsze upoważnienie jest udzielone bezterminowo i dotyczy każdej dotyczącej małoletniej/go dokumentacji medycznej, bez względu na podmiot nią administrujący.

\*niepotrzebne skreślić

………………………………. …….……………………………………………….

Data, miejscowość Podpis rodzica i/lub rodziców/opiekunów prawnych

**UPOWAŻNIENIE DO DOSTĘPU DO INFORMACJI O PACJENCIE I KONTAKTU Z INSTYTUCJAMI**

Upoważniam/nie upoważniam\* personel/u medyczny/ego do uzyskania (poprzez kontakt osobisty, drogą elektroniczną, papierową, telefoniczną) dostępu do informacji znajdujących się w placówkach oświatowych, opiekuńczo-wychowawczych, instytucjach pomocy społecznej, poradniach psychologiczno-pedagogicznych, innych podmiotach leczniczych, w tym także u osób i instytucji takich jak kuratorzy sądowi, dzielnicowi, osoby/podmioty związane z pieczą zastępczą (np. rodzinne domy dziecka, wychowawcy i pracownicy w ośrodkach opiekuńczo-wychowawczych), powiatowe centra pomocy rodzinie i ośrodki interwencji kryzysowej, dotyczących ww. małoletniej/go, w zakresie niezbędnym lub wskazanym celem prawidłowego udzielenia świadczeń zdrowotnych przez ww. ośrodek. Wyrażam zgodę na przekazanie wszelkich informacji istotnych w procesie diagnozy i terapii oraz na przekazanie surowych wyników badań psychologicznych (o ile miały miejsce) w celu koordynacji procesu diagnozy i leczenia.

\*niepotrzebne skreślić

………………………………. …….……………………………………………….

Data, miejscowość Podpis rodzica i/lub rodziców/opiekunów prawnych

**OŚWIADCZENIE ZAPOZNANIA SIĘ Z POLITYKĄ OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH OBOWIĄZUJĄCĄ W KOMÓRKACH ORGANIZACYJNYCH PROWADZONYCH PRZEZ EZRA UKSW SP. Z O.O.**

Oświadczam, że zapoznałam/em się z polityką ochrony danych osobowych EZRA UKSW Sp. z o.o. w Warszawie na podstawie (art. 13) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 13 kwietnia 2016 (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 04.05.2016r.), w tym z informacją o zakresie i celach przetwarzania danych osobowych i przysługujących w związku z tym prawach, dostępnych na stronie www.ezrauksw.pl oraz na tablicy informacyjnej Ośrodka. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych ww. małoletniej/go przez EZRA UKSW Sp. o.o. niezbędnych do udzielania świadczeń zdrowotnych.

………………………………. …….……………………………………………….

Data, miejscowość Podpis rodzica i/lub rodziców/opiekunów prawnych

**ZGODY ZWIĄZANE Z ROZPOCZĘCIEM LECZENIA W EZRA UKSW SP. Z O.O. W WARSZAWIE (OSOBY POWYŻEJ 16 r.ż.)**

Ja, niżej podpisana/y: …………………………………………………………………………………….

adres: ……………………………………………………………………………………………………..

PESEL: ………………………………………………………………………..………………………….

Oświadczam, że:

* wyrażam zgodę na objęcie mnie procesem diagnozy i pomocy psychologicznej;
* zostałem poinformowany, że mogę wycofać swoją zgodę;
* zostałem zapoznany z formami pomocy psychologicznej i środowiskowej oferowanej przez ośrodek;
* udzieliłem pełnych i prawdziwych odpowiedzi na zadawane mi pytania odnośnie mojego stanu zdrowia, przyjmowania leków oraz przebytych urazów i zabiegów
* informacje przekazane przed decyzją o podjęciu leczenia były dla mnie w pełni jasne i zrozumiałe;
* przed decyzją o podjęciu leczenia miałem możliwość zadania pytań dotyczących leczenia.

Oświadczam, że wyrażam świadomą zgodę na rozpoczęcie leczenia.

……………………………….……………………………………………….

Data, miejscowość Podpis pacjenta powyżej 16 roku życia

**UPOWAŻNIENIE DO UZYSKANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA, DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Nie upoważniam nikogo/upoważniam\*:

1. ……………………………………………………………………………………………………..

nr tel. ……………………………….……….., e-mail …………………..………………………;

1. ………………………………………………………………………………………………….….

nr tel. ………………………………..………, e-mail ……………..…………………………….;

do:

1) uzyskiwania wszelkich informacji (w rozumieniu obowiązujących przepisów, w tym w szczególności art. 9 ust. 2 i 3 i in. ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i art 31 i in. ustawy z dn. 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty) o stanie zdrowia małoletniej/go, również na wypadek mojej śmierci, od placówek służby zdrowia oraz od osób świadczących pomoc medyczną;\*

2) dostępu (w tym wglądu do oryginałów, uzyskania kopii, odpisów i wypisów) do dokumentacji medycznej (w rozumieniu obowiązujących przepisów, w tym w szczególności art. 26 ust. 1 i 2 i in. ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta);\*

Niniejsze upoważnienie jest udzielone bezterminowo i dotyczy każdej dotyczącej małoletniej/go dokumentacji medycznej, bez względu na podmiot nią administrujący.

\*niepotrzebne skreślić

……………………………….……………………………………………….

Data, miejscowość Podpis pacjenta powyżej 16 roku życia

**UPOWAŻNIENIE DO DOSTĘPU DO INFORMACJI O PACJENCIE I KONTAKTU Z INSTYTUCJAMI**

Upoważniam/nie upoważniam\* personel/u medyczny/ego EZRA UKSW Sp. z o.o. w Warszawie do uzyskania (poprzez kontakt osobisty, drogą elektroniczną, papierową, telefoniczną) dostępu do dotyczących mnie informacji znajdujących się w placówkach oświatowych, opiekuńczo-wychowawczych, instytucjach pomocy społecznej, poradniach psychologiczno-pedagogicznych, innych podmiotach leczniczych, w tym także u osób i instytucji takich jak kuratorzy sądowi, dzielnicowi, osoby/podmioty związane z pieczą zastępczą (np. rodzinne domy dziecka, wychowawcy i pracownicy w ośrodkach opiekuńczo-wychowawczych), powiatowe centra pomocy rodzinie i ośrodki interwencji kryzysowej w zakresie niezbędnym lub wskazanym celem prawidłowego udzielenia świadczeń zdrowotnych. Wyrażam zgodę na przekazanie wszelkich informacji istotnych w procesie diagnozy i terapii oraz na przekazanie surowych wyników badań psychologicznych w celu koordynacji procesu diagnozy i leczenia.

\*niepotrzebne skreślić

……………………………….……………………………………………….

Data, miejscowość Podpis pacjenta powyżej 16 roku życia

**OŚWIADCZENIE ZAPOZNANIA SIĘ Z POLITYKĄ OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH OBOWIĄZUJĄCĄ W KOMÓRKACH ORGANIZACYJNYCH PROWADZONYCH PRZEZ EZRA UKSW SP. Z O.O.**

Oświadczam, że zapoznałam/em się z polityką ochrony danych osobowych EZRA UKSW Sp. z o.o. w Warszawie na podstawie (art. 13) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 13 kwietnia 2016 (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 04.05.2016r.), w tym z informacją o zakresie i celach przetwarzania danych osobowych i przysługujących w związku z tym prawach, dostępnych na stronie www.ezrauksw.pl oraz na tablicy informacyjnej ośrodka. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez EZRA UKSW Sp. z o.o. niezbędnych do udzielania świadczeń zdrowotnych.

……………………………….……………………………………………….

Data, miejscowość Podpis pacjenta powyżej 16 roku życia

**Klauzula informacyjna dla Pacjenta**

W związku z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 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), zwanego dalej „RODO”, informujemy Państwa, o zasadach przetwarzania danych osobowych w naszej Placówce, oraz o przysługujących Państwu prawach.

**Kto jest administratorem moich danych osobowych?**

Administratorem Państwa danych osobowych jest EZRA UKSW Sp. z o.o. w Warszawie, ul. Karola Miarki 13; 01- 496 Warszawa, REGON: 380016423, NIP: 7010819366.

**Z kim się kontaktować odnośnie przetwarzania danych osobowych w EZRA UKSW Sp. z o.o.?**

Został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych. W razie jakichkolwiek pytań lub wątpliwości prosimy pisać na adres mailowy [iodo@ezrauksw.pl](mailto:iodo@ezrauksw.pl)

**W jakim celu i na jakiej podstawie moje dane osobowe będą przetwarzane?**

Państwa dane będą przetwarzane do celów medycznych, tzn. w celu:

* udzielania świadczeń zdrowotnych, a także w celach rezerwacji, potwierdzania i odwoływania konsultacji lekarskich lub badań diagnostycznych, informowania Pani/Pana o zarezerwowanych konsultacjach lekarskich lub badaniach diagnostycznych, o wynikach lub innych sprawach związanych z udzielanymi lub planowanymi świadczeniami zdrowotnymi – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f w związku z art. 9 ust. 2 lit. h rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.5.2016 r., s. 1) (dalej: „RODO”);
* weryfikacji Pani/Pana tożsamości przed udzieleniem świadczenia zdrowotnego oraz prowadzenia, udostępniania i przechowywania dokumentacji medycznej – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c w związku z art. 9 ust. 2 lit. h RODO i art. 24 ust. 1 i n. ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Prawa Pacjenta (Dz. U. z 2017 poz. 1318 i 1524);
* dokonywania rozliczeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i dochodzeniem roszczeń związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f w związku z art. 9 ust. 2 lit. h RODO;
* prowadzenia ksiąg rachunkowych – na podstawie art.6 ust. 1 lit. c RODO w związku z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2018 r.poz. 395).

**Czy moje dane będą udostępniane?**

Państwa dane osobowe będą ujawniane osobom upoważnionym przez administratora danych osobowych (pracownikom i współpracownikom), podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, oraz podmiotom przetwarzającym w ramach podpisanych umów powierzenia danych.

Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.

**Przez jaki czas będą przetwarzane moje dane?**

Państwa dane będą przetwarzane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, tzn. zgodnie z art. 29 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Ustawa ta mówi że, Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych przechowuje dokumentację medyczną przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem:

1) dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia. Dokumentacja medyczna w takim przypadku jest przechowywana **przez okres 30 lat**, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon;

1a) dokumentacji medycznej zawierającej dane niezbędne do monitorowania losów krwi i jej składników. Dokumentacja medyczna w takim przypadku jest przechowywana **przez okres 30 lat**, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu;

2) zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta. W takim przypadku zdjęcia są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie;

3) skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres:

5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia lekarza,

2 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wystawiono skierowanie – w przypadku gdy świadczenie zdrowotne nie zostało udzielone z powodu niezgłoszenia się pacjenta w ustalonym terminie, chyba że pacjent odebrał skierowanie;

4) dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2. roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat.

W przypadku przetwarzania danych rozliczeń– do upływu okresu przedawnienia roszczeń związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej;

W przypadku przetwarzania danych księgowo-rachunkowych – przez okres

wymagany przepisami ustawy o rachunkowości.

**Jakie prawa mi przysługują w związku z przetwarzaniem moich danych osobowych?**

Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, usunięcia (w przypadku braku obligatoryjności ich przetwarzania), sprzeciwu wobec przetwarzania (w zakresie nieobligatoryjnym) oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

**Dlaczego muszę podawać swoje dane osobowe?**

Podanie przez Państwa danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Podanie danych jest obowiązkowe, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych.

**Czy moje dane będą profilowane?**

Państwa dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO.