



Oświadczenie przy przyjęciu do Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki Dział Przyjęć A

Imię i nazwisko pacjenta:

Data urodzenia..... Płeć: K M Nieznana Nieokreślona

PESEL.....
(w przypadku osób, które nie posiadają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)

Rodzaj dowodu tożsamości:..... Seria:..... Nr.....

Adres zamieszkania: kod pocztowyMiejscowośćGmina.....

UlicaNr domuNr mieszkania

Telefon kontaktowy

Adres do korespondencji:

(jeżeli inny niż adres zamieszkania)

Dane opiekuna (dotyczy przyjęcia pacjenta małoletniego):

Imię i nazwisko opiekuna

Data urodzenia..... PESEL.....
(w przypadku osób, które nie posiadają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)

Rodzaj dowodu tożsamości:..... Seria:..... Nr.....

Adres zam.: kod pocztowy Miejscowość.....Gmina

UlicaNr domu..... Nr mieszkania

Telefon kontaktowy

Oświadczam, że podane dane są zgodne z prawdą

.....
Data, podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego / opiekuna prawnego / faktycznego

Oświadczam, że:

upoważniam:

Panią/Pana

(Imię i nazwisko, PESEL, nr telefonu osoby upoważnionej)

Panią/Pana

(Imię i nazwisko, PESEL, nr telefonu osoby upoważnionej)

nie upoważniam żadnej osoby*

do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia moim / mojego dziecka / mojego podopiecznego*, oraz udzielonych mi / mu* świadczeniach zdrowotnych.

Niniejsze oświadczenie stanowi jednocześnie odwołanie wcześniej składanych upoważnień do otrzymywania informacji o stanie zdrowia Pacjenta i udzielonych świadczeniach zdrowotnych w Instytucie CZMP.

.....
Data, podpis pacjenta powyżej 16 r.ż. ** Data, podpis przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego / faktycznego

Oświadczam, że:

upoważniam

Panią/Pana.....
(Imię i nazwisko, PESEL, nr telefonu osoby upoważnionej)

Panią/Pana
(Imię i nazwisko, PESEL, nr telefonu osoby upoważnionej)

**nie upoważniam żadnej osoby*
do udostępniania dokumentacji medycznej mojej / mojego dziecka/ mojego podopiecznego***

Niniejsze oświadczenie stanowi jednocześnie odwołanie wcześniej składanych upoważnień do otrzymywania informacji o stanie zdrowia Pacjenta i udzielonych świadczeniach zdrowotnych w Instytucie CZMP.

.....
Data, podpis pacjenta powyżej 16 r.ż. ** Data, podpis przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego /faktycznego

UWAGA: Wypełnić tylko w przypadku cofania nadanych upoważnień.

Cofam wskazane upoważnienie/-a z dniem ***

.....
Data, podpis pacjenta powyżej 16 r.ż. ** Data, podpis przedstawiciela ustawowego / opiekuna prawnego / faktycznego

Część II

Oświadczenie o zgodzie na leczenie szpitalne

Będąc przedstawicielem ustawowym / opiekunem prawnym/ opiekunem faktycznym / pacjentem***wyrażam pełną, świadomą i dobrowolną zgodę** na leczenie szpitalne dziecka / podopiecznego /moje* oraz czynności związane z opieką lekarską i pielęgniarską, wykonywanie badań diagnostycznych oraz stosowanie leków.

Zostałam/-em poinformowana/-y o celowości i konieczności leczenia szpitalnego.

Poinformowana/-y zostałam/-em również, że w przypadku przeprowadzenia specjalistycznych procedur diagnostyczno – leczniczych, zabiegów operacyjnych oraz procedur o podwyższonym ryzyku uzyskam dodatkowe informacje od Kierownika Kliniki lub Lekarza prowadzącego i zostaną mi przedłożone osobne formularze zgody. Zostałam/-em poinformowana/-y, iż w przypadku braku miejsc w Oddziale Intensywnej Terapii, moje dziecko wymagające specjalistycznej opieki medycznej zostanie przewieziona do innego wysokospecjalistycznego ośrodka celem kontynuacji świadczeń medycznych.

Oświadczam, że zostałam poinformowana/-y , iż Instytut CZMP jest jednostką uprawnioną do kształcenia studentów nauk medycznych oraz innego personelu medycznego, co oznaczać może obecność studentów medycyny i uczestników szkoleń medycznych w trakcie świadczeń medycznych wykonywanych u mnie / u mojego dziecka/ podopiecznego (art. 36 ust. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty). Jednocześnie zostałam poinformowana/-y, iż mam prawo odmówić uczestnictwa osobom trzecim, powołując się na prawo poszanowania intymności i godności osobistej, o czym muszę poinformować wcześniej lekarza prowadzącego.

.....
Data, podpis pacjenta powyżej 16 r.ż. **

.....
Data, podpis przedstawiciela ustawowego
/ opiekuna prawnego / faktycznego

W związku z powyższym:

- Wyrażam pełną, świadomą i dobrowolną zgodę** na obecność studentów medycyny i uczestników szkoleń medycznych w trakcie świadczeń medycznych wykonywanych u mnie / u mojego dziecka / podopiecznego.
- Nie wyrażam zgody** na obecność studentów medycyny i uczestników szkoleń medycznych w trakcie świadczeń medycznych wykonywanych u mnie / u mojego dziecka / podopiecznego.

.....
Data, podpis pacjenta powyżej 16 r. ż. **

.....
Data, podpis przedstawiciela ustawowego /
opiekuna prawnego /faktycznego

Zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2022 r. poz.1876, 2280, 2705) oraz art. 31-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2022 poz. 2770).

Oświadczanie o możliwości skorzystania z dodatkowego łóżka (tzw. dostawki) w szczególnych przypadkach w razie braku miejsc w oddziałach ICZMP przy zachowaniu poszanowania intymności, prywatności i godności osobistej

- Wyrażam zgodę na udostępnienie mi dodatkowego łóżka (tzw. dostawki) poza salą, przy zachowaniu poszanowania intymności, prywatności i godności osobistej.
- Nie wyrażam zgody na korzystanie z dodatkowego łóżka (tzw. dostawki) znajdującego się poza salą.

.....
Data, podpis pacjenta powyżej 16 r.ż. **

.....
Data, podpis przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego / faktycznego

Oświadczenie o możliwości przetaczania krwi i jej składników

- Wyrażam pełną, świadomą i dobrowolną zgodę** na przetoczenie krwi i jej składników.
- Nie wyrażam zgody** na przetoczenie krwi i jej składników nawet w przypadku stanu zagrożenia życia.

.....
Data, podpis pacjenta powyżej 16 r.ż. **

.....
Data, podpis przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego /faktycznego

Oświadczam, iż zostałem poinformowana/y, że za skradzione lub zagubione pieniądze i rzeczy wartościowe niezłożone do depozytu, ICZMP nie odpowiada.

.....
Data, podpis pacjenta powyżej 16 r.ż. **

.....
Data, podpis przedstawiciela ustawowego /opiekuna prawnego/faktycznego

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie imienia i nazwiska mojego / mojego dziecka/ podopiecznego* na opasce celem identyfikacji podczas wykonywania procedur medycznych.

.....
Data, podpis pacjenta powyżej 16 r.ż. **

.....
Data, podpis przedstawiciela ustawowego /
opiekuna prawnego /faktycznego

Niniejszym wyrażam pełną, świadomą i dobrowolną zgodę / nie wyrażam zgody* na wykorzystanie moich / mojego małoletniego dziecka / osoby pozostającej pod moją opieką prawną * wyników badań medycznych lub materiałów biologicznych uzyskanych w trakcie udzielania świadczeń medycznych, w tym również w zakresie przetwarzania moich / mojego małoletniego dziecka / osoby pozostającej pod moją opieką prawną* danych osobowych, zgodnie z przepisami rozporządzenia 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 osobowych, zwane RODO), na potrzeby przyszłych badań naukowych prowadzonych w Instytucie „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi.

.....
Data, podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.**

.....
Data, podpis przedstawiciela ustawowego /
opiekuna prawnego/faktycznego

Niniejszym wyrażam pełną, świadomą i dobrowolną zgodę / nie wyrażam zgody* na otrzymanie korespondencji mailowej (mój adres e-mail:) lub telefonicznie (nr tel.) informacji o oferowanych w Instytucie „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi świadczeniach zdrowotnych.

.....
Data, podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.**

.....
Data, podpis przedstawiciela ustawowego /
opiekuna prawnego/faktycznego

.....
Data, podpis i pieczętka lekarza przyjmującego

Zebranie oświadczeń jest niemożliwe ze względu na:

- brak przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego/faktycznego pacjenta przy przyjęciu.
- brak kontaktu słowno-logicznego z pacjentem
- pacjent/opiekun obcojęzyczny
- inne (jakie?).....

.....
Data, podpis i pieczętka lekarza przyjmującego

Legenda:

* *niepotrzebne skreślić*

** *jeżeli pacjent ukończył 16 lat a nie ma skończonych 18 lat informacja powinna być podwójna tj. adresowana do pacjenta i jego przedstawiciela*

*** *w przypadku cofnięcia wskazanych upoważnień niniejsze oświadczenie traci ważność i pacjent wypełnia nowe oświadczenie zgodnie ze swoją wolą.*

wstaw znak X w właściwym miejscu

KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH W INSTYTUCIE CZMP

Szanowni Państwo,
w trosce o ochronę Państwa danych osobowych przedstawiamy niniejszą informację, dotyczącą przetwarzania danych osobowych w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki:

Zgodnie z art. 13 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych **Pacjentów** jest **Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki”**, ul. Rzgowska 281/289, 93-338 Łódź.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować w sprawach przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej iod@iczmp.edu.pl
3. Administrator będzie przetwarzał dane osobowe Pacjentów w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze, w celu zapewnienia opieki zdrowotnej oraz, w przypadku zgody Pacjenta, celem przesyłania informacji handlowych. Dokładna podstawa prawna:
 - a) Dane niezbędne do ustalenia tożsamości Pacjenta przed udzieleniem świadczenia, w szczególności poprzez zgłoszenie do objęcia opieką medyczną, weryfikację danych podczas umawiania wizyty, czy w rejestracji przychodni lub w gabinecie lekarskim - administrator przetwarza na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) i c) oraz art. 9 ust. 2 lit. h) RODO w zw. z art. 25 pkt. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
 - b) Dane zawarte w dokumentacji medycznej Pacjenta - Administrator przetwarza na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h) RODO w zw. z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
 - c) Dane zebrane celem realizacji praw Pacjenta zawarte np. w odbieranych i archiwizowanych oświadczeniach, w których Pacjent upoważnia inne osoby do dostępu do dokumentacji medycznej oraz wyraża zgodę na udzielanie im informacji o stanie zdrowia Pacjenta - Administrator przetwarza na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w zw. z art. 9 ust. 3 oraz art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
 - d) Dane zebrane celem informowania o nowych procedurach medycznych i ofertach specjalnych (informacja handlowa) – Administrator przetwarza na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) RODO, tj. na podstawie zgody Pacjenta;
 - e) W przypadku wyrażenia zgody na przyszłe badania naukowe Administrator przetwarza dane na podstawie art. 9 ust. 2 lit. j) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne do celów badań naukowych na podstawie prawa Unii lub prawa krajowego, które są proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie, konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą.
4. Dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także:
 - a) Podmiotom, z którymi Administrator zawarł umowę w związku z realizacją usług zaopatrujących Administratora w rozwiązania techniczne oraz organizacyjne, umożliwiające udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz zarządzanie organizacją Administratora, w szczególności dostawcom usług teleinformatycznych, dostawcom sprzętu diagnostycznego oraz firmom kurierskim i pocztowym;
 - b) Dostawcom usług prawnych i doradczych oraz wspierających administratora w dochodzeniu należnych roszczeń, w szczególności kancelariom prawnym oraz zewnętrznym audytorom.
5. Administrator nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
6. Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie Administratora.
7. Dane osobowe Pacjentów zawarte w dokumentacji medycznej będą przechowywane zgodnie z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tj. przez okres 20 lat od dnia dokonania w niej ostatniego wpisu z wyjątkami przewidzianymi w ww. ustawie.
8. Dane osobowe Pacjentów przetwarzane na podstawie udzielonej zgody będą przechowywane do momentu cofnięcia zgody, jednak nie dłużej niż przez okres 5 lat. Wycofanie zgody nie wpłynie na zgodność przetwarzania, którego dokonano przed jej cofnięciem.
9. Pacjentom przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia niektórych danych np. numeru telefonu, adresu poczty elektronicznej (dane przetwarzane na podstawie zgody) oraz danych, których minął okres przechowywania. Dodatkowo Pacjentowi przysługuje prawo ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
10. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Administrator jako podmiot leczniczy jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób określony przepisami prawa, w tym do oznaczenia tożsamości Pacjenta z wykorzystaniem jego danych osobowych. Niepodanie danych może skutkować odmową rezerwacji wizyty, czy odmową udzielenia świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej.
11. Podanie danych na podstawie wyrażonej zgody, tj. numeru telefonu oraz adresu poczty elektronicznej jest dobrowolne. Niepodanie danych może skutkować utrudnionym kontaktem z Pacjentem. Dodatkowo niepodanie wyżej wymienionych danych oraz brak wyrażonej zgody będzie skutkowało brakiem możliwości przesłania informacji handlowej.
12. Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o podane dane osobowe.

.....
Data, podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.**

.....
Data, podpis przedstawiciela ustawowego /
opiekuna prawnego / faktycznego

