

## **INFORMACJA O PRAWACH PACJENTA I PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

1. Niniejszym pragniemy poinformować iż przetwarzamy Pana/Pani dane osobowe. Administratorem Danych Osobowych jest :

Współadministratorem pierwszym :Klinika Brocka , Córka i Spółka - Ewa Brocka Klaudia Henry S.C., Złotno 59, 94-221 Łódź oraz Współadministratorzy wymienieni w rejestrze współadministratorów

2.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 :

A.Podstawowe dane identyfikacyjne : imię i nazwisko, data urodzenia, oznaczenie płci, PESEL, adres zamieszkania , telefon, e-mail

B.Dane dotyczące zdrowia , ( diagnostyka oraz leczenie w tym zdjęcia fotograficzne i RTG )

C.Nagrania wideo - z monitoringu wizyjnego

D.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

3.Pana/Pani dane pozyskane w celu udzielania świadczeń leczniczych przechowujemy przez okres 20 lat.

4.Nagrania z monitoringu ( wizyjnego) zachowywane są przez okres 3 miesięcy.

5.Panu / Pani przysługują prawa :

Uzyskania potwierdzenia czy przetwarzamy Pana/Pani dane osobowe a jeżeli ma to miejsce do uzyskania dostępu do tych danych po weryfikacji tożsamości

Prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii, po weryfikacji tożsamości

Do nieodpłatnej pierwszej kopii przetwarzanych danych, wydanie kolejnych kopii jest odpłatne, Przedłużeniu ponad jeden miesiąc terminu na rozpatrzenie żądania osoby

O tym iż obiekt jest monitorowany i odbywa się monitoring wizyjny oraz dźwiękowy

O planowanej zmianie celu przetwarzania , przy innym celu niż udzielanie świadczeń leczniczych

Prawo do sprostowania ( poprawienia ) swoich danych

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

W przypadku gdy dane przetwarzane są na podstawie zgody pacjenta , możecie Państwo

zrealizować prawo do bycia zapomnianym w zakresie celu określonego w tej zgodzie.

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.

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.

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.).

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

6.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).

7. 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.

8. 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.

9.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.).

10.Jeżeli Pan/Pani nie podaży danych osobowych nie będziemy mogli udzielić Panu/Pani świadczeń leczniczych.

11.Zgoda pisemna na przetwarzanie danych osobowych w celu reklamowym, marketingowym , edukacyjnym lub naukowym jest dobrowolna .

12.Zapoznałam/łem się z informacją o przetwarzaniu Moich danych osobowych w dniu

.....

Imię i nazwisko : .....

Podpis : .....