

# Centrum Diagnostyczno - Lecznicze GAMMED

## KLAUZULA INFORMACYJNA DLA PACJENTA

Zgodnie z art. 13 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 (4.5.2016 L 119/38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL)

### Informuję, że:

1. Administratorem Pani / Pana danych osobowych jest Centrum Diagnostyczno - Lecznicze "GAMMED" z siedzibą w Warszawie 02-351, przy ul. Lelechowskiej 5.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem email: [iodo@gammed.pl](mailto:iodo@gammed.pl).  
Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podst. art. 6 ust. 1 lit. a,b,c,f oraz art. 9 ust. 2 lit. h i art. 9 ust. 3 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji świadczeń opieki zdrowotnej (w tym m. in. w celu ustalenia tożsamości przed udzieleniem świadczenia, prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej) oraz w celu dochodzenia roszczeń z tytułu prowadzenia przez nas działalności medycznej.  
Z uwagi na konieczność zapewnienia odpowiedniej organizacji działalności Centrum Diagnostyczno - Leczniczego "GAMMED" jak również realizacji praw pacjenta Pani / Pana dane osobowe mogą być przekazywane następującym kategoriom odbiorców: innym,  
4. współpracującym z Centrum podmiotom leczniczym w celu zapewnienia ciągłości leczenia oraz dostępności opieki zdrowotnej, dostawcom usług technicznych, organizacyjnych i prawnych, umożliwiającym udzielanie przez Centrum świadczeń zdrowotnych oraz zarządzanie placówką, osobom upoważnionym przez pacjenta w ramach realizacji świadczeń opieki zdrowotnej.  
Pani / Pana dane osobowe zebrane w dokumentacji medycznej przechowywane będą przez czas określony w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, czyli przez minimum 20 lat od dnia dokonania w niej ostatniego wpisu. Dane przetwarzane w celu dochodzenia roszczeń,  
5. przechowywane będą przez okres przedawnienia roszczeń, wynikający z przepisów kodeksu cywilnego. Wszelkie dane przetwarzane na potrzeby rachunkowości oraz ze względów podatkowych przetwarzane będą przez 5 lat liczonych od końca roku kalendarzowego, w którym powstał obowiązek podatkowy.  
Korzystanie z naszych usług jest w pełni dobrowolne, jednakże jako podmiot leczniczy jesteśmy zobowiązani do prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób określony przepisami prawa, w tym do oznaczenia tożsamości pacjenta z wykorzystaniem jego danych osobowych. W takim przypadku niepodanie danych może skutkować odmową rezerwacji wizyty czy udzielenia świadczenia zdrowotnego. Również ze względów rachunkowych czy podatkowych posiadamy  
6. obowiązek prawny przetwarzania podanych danych, brak ich podania może skutkować np. niemożnością wystawienia faktury czy imiennego rachunku. W przypadku podania nam numeru telefonu czy adresu e-mail, które odbywa się na zasadzie dobrowolności - ich niepodanie nie będzie skutkowało odmową udzielenia świadczenia zdrowotnego, lecz np. brakiem możliwości potwierdzenia wizyty.
7. Posiada Pan / Pani prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody, w przypadku, gdy podstawą przetwarzania była wydana zgoda.
8. Przysługuje Pani / Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych.
- 9.

Zapoznałem się z niniejszą klauzulą informacyjną:

Warszawa, .....

data

-----  
czytelny podpis pacjenta

# Centrum Diagnostyczno - Lecznicze GAMMED

## ZGODA PACJENTA

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Centrum Diagnostyczno - Lecznicze "GAMMED", które podałam/em w celu informowania mnie telefonicznie bądź mailowo o terminach wizyt, wynikach badań, czy innych kwestiach związanych z moim procesem leczenia.

Warszawa, .....

data

-----  
czytelny podpis pacjenta

- 1.1  Upoważniam następujące osoby do otrzymania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielanych mi świadczeniach medycznych:
- 1.2  Nie upoważniam żadnej osoby do otrzymania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielanych mi świadczeniach medycznych:

L.p.	Imię i nazwisko osoby upoważnionej	Adres do korespondencji osoby upoważnionej
1.		
2.		

- 2.1  Upoważniam następujące osoby do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby:
- 2.2  Nie upoważniam żadnej osoby do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby:

L.p.	Imię i nazwisko osoby upoważnionej	Adres do korespondencji osoby upoważnionej
1.		
2.		

3. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań lub innych świadczeń zdrowotnych.
4. Zostałam/zostałem poinformowany/a o możliwości zapoznania się z Kartą Praw Pacjenta.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu wykonania badań i świadczeń zdrowotnych zgodnie z przepisami ustawy o ochronie danych osobowych.

-----  
data złożenia oświadczenia

-----  
czytelny podpis pacjenta

Podstawa prawna: Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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)