

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

W naszej informacji o ochronie danych osobowych poinformowaliśmy już Panią/Pana, że bezpieczeństwo Pani/Pana danych jest dla nas bardzo ważne oraz że przechowujemy i przetwarzamy je wyłącznie w granicach obowiązujących przepisów prawa. W związku z tym przysługują Pani/Panu w szczególności prawa do uzyskania informacji, jak również do żądania usunięcia danych osobowych. Informacja o ochronie danych jest w każdej chwili dostępna do wglądu w pomieszczeniach naszej praktyki. Na życzenie prześlemy ten dokument również drogą e-mailową.

Naszym celem jest jednak zapewnienie Pani/Panu jak najlepszej opieki medycznej. W tym celu może być konieczne przetwarzanie Pani/Pana danych w zakresie wykraczającym poza ustawowo wymagany.

Niniejszym Pani/Pan,

(nazwisko i imię drukowanymi literami)

potwierdza, że udostępniono Pani/Panu naszą informację o ochronie danych osobowych oraz wyraża Pani/Pan zgodę na zbieranie, przechowywanie i przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych w następujących celach:

- ☐ Przesyłanie wyników badań lub materiałów informacyjnych pocztą, faksem lub e-mailem
- ☐ Przekazywanie informacji/wyników innym lekarzom/świadczeniodawcom w celu prowadzenia leczenia
- ☐ W przypadku rozliczeń prywatnych – przekazywanie danych do prywatnej firmy rozliczeniowej
- ☐ Możliwość oddzwaniania oraz przekazywania informacji telefonicznych dotyczących spraw medycznych i zbliżających się badań profilaktycznych
- ☐ Prawo do udzielania informacji i wymiany informacji z członkami rodziny.
Może Pani/Pan wymienić ich z nazwiska poniżej:

Przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia niniejszej zgody w dowolnym momencie!

Data, podpis pacjenta