

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

1. Niniejszym pragniemy poinformować, iż przetwarzamy Pana/Pani dane osobowe. Administratorem Danych Osobowych jest: GABINET STOMATOLOGICZNY ENDOESTETICA DR MICHAŁ BEDNARSKI, 93-590 Łódź, al. Politechniki, nr 42, lok. U3, 93-590

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 Pani/ Pana 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. Dane z monitoringu (przechowywane przez okres 3 miesiące)

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

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

5. Przysługują Pani/Panu prawa:

- Uzyskania potwierdzenia czy przetwarzamy Pani/Pana 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, że 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 listopada 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 Państwa dane osobowe niezgodnie z prawem, może złożyć skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych

7. 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).

8. 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.

9. W celu realizacji Pana/ Pani praw proszę o skierowanie żądań telefonicznie lub pod adres e-mail. 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.

10. 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 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz. U. z 2016 r. poz. 186 z późn. zm.).

11. Jeżeli Pan/Pani nie poda danych osobowych nie będziemy mogli udzielić Panu/Pani świadczeń leczniczych.

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

13. Zapoznałam/łem się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych

Imię i nazwisko:..... data.....