

## **OBOWIĄZEK INFORMACYJNY DOTYCZĄCY PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH PACJENTÓW (na podstawie artykułu 13 RODO)**

**Administratorem, czyli podmiotem decydującym o tym, jak będą wykorzystywane Twoje dane osobowe, jest:**

**SZPITAL SPECJALISTYCZNY CHORÓB PŁUC'ODRODZENIE' IM. KLARY JELSKIEJ W ZAKOPANEM ,  
UL. GŁADKIE 1**

Żeby uzyskać więcej informacji o przetwarzaniu Twoich danych osobowych przyjdź lub napisz do:

wyznaczonego przez nas inspektora ochrony danych, na adres:

e-mail: [administracja@szpitalodrodzenie.pl](mailto:administracja@szpitalodrodzenie.pl)

pocztowy: **34-500 Zakopane ul. Gładkie 1**

### **Skąd mamy Twoje dane ?**

Otrzymaliśmy je od Ciebie lub Twoich bliskich podczas rejestracji oraz wizyt w Poradniach Specjalistycznych czy pobytach w Oddziałach Szpitala.

### **Jaki jest cel i podstawa prawna przetwarzania Twoich danych osobowych przez Szpital ?**

Przetwarzamy Twoje dane osobowe, ponieważ wymagają tego od nas przepisy prawa (ustawa o działalności leczniczej, ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) i jest to konieczne do udzielenia Tobie świadczeń medycznych tj. leczenia, wykonania badań diagnostycznych czy konsultacji itp.

Do przetwarzania danych zawartych w Twojej dokumentacji medycznej, są uprawnione osoby wykonujące zawód medyczny oraz inne osoby wykonujące czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, m.in. w zakresie rozliczeń i obsługi systemów informatycznych.

Osoby te są zobowiązane do zachowania w tajemnicy przetwarzanych informacji także po Twojej śmierci.

### **Czy musisz podać nam swoje dane osobowe?**

Podanie przez Ciebie danych osobowych i informacji w zakresie koniecznym do udzielenia świadczeń medycznych jest dobrowolne ale jeśli z jakiegoś powodu nie podasz nam tych danych, niestety nie będziemy mogli udzielać Tobie świadczeń zdrowotnych. Nie dotyczy to sytuacji, kiedy Twój stan zdrowia nie pozwala na przekazanie nam wymaganych danych – wówczas zbierzemy je od Twoich bliskich lub świadków zdarzenia i poinformujemy Cię o tym jak tylko odzyskasz świadomość.

Wymagamy okazania przez Ciebie, dowodu osobistego lub innego dokumentu stwierdzającego Twoją tożsamość.

W dokumentacji medycznej musimy zamieścić co najmniej następujące informacje:

- 1) nazwisko i imię, datę urodzenia, adres miejsca zamieszkania, numer PESEL lub – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, a w przypadku ubezwłasnowolnionych nazwisko i imię przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania;
- 2) dane dotyczące przebytych chorób i leczenia oraz aktualnego stanu zdrowia.

### **Jakie masz uprawnienia wobec Szpitala w zakresie przetwarzanych danych?**

Gwarantujemy spełnienie wszystkich Twoich praw wynikających z ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, tj. prawo dostępu, sprostowania oraz usunięcia Twoich danych, ograniczenia ich przetwarzania, prawo do ich przenoszenia, niepodlegania zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, a także prawo do wyrażenia sprzeciwu wobec przetwarzania Twoich danych osobowych.

Z uprawnień tych możesz skorzystać, gdy:

- w odniesieniu do żądania sprostowania danych: zauważysz, że Twoje dane są nieprawidłowe lub niekompletne;
- w odniesieniu do żądania usunięcia danych: jeśli Twoje dane nie będą już niezbędne do celów, dla których zostały zebrane przez Szpital; nie możesz cofnąć swojej zgody na przetwarzane przez nas dane do czasu zakończenia okresu przechowywania; zgłosisz sprzeciw wobec przetwarzania Twoich danych gdy Twoje dane będą przetwarzane niezgodnie z prawem;
- w odniesieniu do żądania ograniczenia przetwarzania danych: zauważysz, że Twoje dane są nieprawidłowe – możesz żądać ograniczenia przetwarzania Twoich danych na okres pozwalający nam sprawdzić prawidłowość tych danych; Twoje dane będą przetwarzane niezgodnie z prawem, ale nie będziesz chciał/a, aby zostały usunięte; Twoje dane nie będą nam już potrzebne, ale mogą być potrzebne Tobie do obrony lub dochodzenia roszczeń; lub wniesiesz sprzeciw wobec przetwarzania danych – do czasu ustalenia, czy prawnie uzasadnione podstawy po naszej stronie są nadrzędne wobec podstawy sprzeciwu;
- w odniesieniu do żądania przeniesienia danych: przetwarzanie Twoich danych odbywa się na podstawie Twojej zgody lub umowy zawartej z Tobą oraz gdy przetwarzanie to odbywa się w sposób automatyczny.

Ponadto masz prawo do uzyskania potwierdzenia czy przetwarzane są i w jakim zakresie Twoje dane osobowe oraz masz prawo dostępu do nich.

Masz prawo wnieść skargę w związku z przetwarzaniem przez nas Twoich danych osobowych do organu nadzorczego, którym jest Urząd Ochrony Danych Osobowych, adres: Urząd Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

Masz prawo wnieść sprzeciw wobec przetwarzania Twoich danych osobowych, gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie prawnie uzasadnionego celu lub dla celów statystycznych, a sprzeciw jest uzasadniony przez szczególną sytuację, w której się znalazłeś/aś.

#### **Twoje dane osobowe udostępniamy:**

1. Tobie lub przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez Ciebie.
2. Po Twojej śmierci dokumentację medyczną udostępnimy osobie upoważnionej przez Ciebie za życia lub osobie, która w chwili Twojego zgonu była Twoim przedstawicielem ustawowym.
3. Innym jednostkom zgodnie z przepisami prawa.

Informacje o zawartych umowach na udzielanie świadczeń medycznych oraz wykaz jednostek, którym możemy zgodnie z prawem udostępnić dane możesz uzyskać u inspektora ochrony danych.

#### **Dokumentację medyczną udostępniamy:**

do wglądu, na miejscu w Szpitalu lub Poradni, lub przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku.

#### **Twoje dane osobowe przechowujemy przez okres:**

- 20 lat dokumentację medyczną( 30 lat w przypadku zgonu na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia)
- 10 lat klisze RTG,
- 5 lat skierowania oraz zlecenia, (2 lat w przypadku niezgłoszenia się pacjenta),

Po upływie ww. okresów Szpital zniszczy Twoją dokumentację lub wyda, na wniosek Tobie, Twojemu przedstawicielowi ustawowemu lub osobie przez Ciebie upoważnionej.

**Twoje dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany (w tym w formie profilowania) ani nie będą przekazywane do państw znajdujących się poza Europejskim Obszarem Gospodarczym.**

## **INFORMACJA DOTYCZĄCA OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH**

Oświadczam, że zostałem poinformowany o przysługujących mi prawach, w związku z przetwarzaniem moich danych osobowych.

Wiem, że pełna treść klauzuli informacyjnej odnośnie przetwarzania danych osobowych dostępna jest na stronie internetowej Szpitala, na tablicy ogłoszeń - przy rejestracji lub w poczekalni oraz znajduje się w sekretariacie medycznym i dyżurce pielęgniarskiej.

**Data** .....

**Podpis pacjenta**

Oświadczam, że – ze względu na ochronę mojego zdrowia i życia, w celu wyeliminowania ryzyka pomyłek przy udzielaniu świadczeń medycznych – wyrażam zgodę na komunikowanie się ze mną, przez personel Szpitala i Poradni za pomocą mojego imienia i nazwiska oraz umieszczania mojego imienia i nazwiska na opasce identyfikacyjnej, a także strzykawkach i kroplówkach, w których podawane będą mi leki. Jestem świadomy, że dane te, tj. imię i nazwisko, będą przetwarzane w obecności innych pacjentów.

**Data** .....

**Podpis pacjenta**

### **Podstawa prawna**

Rozporządzenie 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); - RODO

Ustawa o ochronie danych