

Klauzula informacyjna dla pacjenta skierowanego przez KRUS

Zgodnie z art. 14 RODO* informujemy, że:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych, w tym danych osobowych szczególnych kategorii tj. danych dotyczących zdrowia jest Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, 00-608 Warszawa, Al. Niepodległości 190;
- 2) Podmiotem przetwarzającym Pani/Pana dane osobowe, w tym dane osobowe szczególnych kategorii tj. dane dotyczące zdrowia jest Centrum Rehabilitacji Rolników KRUS w Iwoniczu-Zdroju, ul. ks. Jana Rąba 22, tel. 134350612, email : sekretariat@crriwonicz.pl
- 3) osoby, których dane dotyczą mogą się kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych (IOD) - tel.134350612, email:inspektordo@crriwonicz.pl, –we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem ich danych osobowych oraz zgłaszają do IOD wszelkie incydenty i naruszenia dotyczące bezpieczeństwa danych osobowych;
- 4) Pani/Pana dane osobowe, w tym dane osobowe szczególnych kategorii tj. dane dotyczące zdrowia przetwarzane będą w celu udzielania świadczeń zdrowotnych, realizacji obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (tj. realizacji zadań wynikających z zakresu statutowej działalności CRR KRUS , bądź zawartych umów)- na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a), lit. b) lub lit c) RODO* oraz na podstawie art. 9 ust.2 lit. h) RODO* oraz w szczególności ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej, ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
- 5) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa, w tym KRUS, NFZ. Państwa dane osobowe mogą być przekazywane zaufanym podmiotom (procesorom), które w ramach zawartej z Administratorem Danych Osobowych umowy lub podmiotem przetwarzającym Pani/Pana dane osobowe będą realizować ściśle określone w umowie cele zgodnie z przepisami prawa, w tym mogą zostać udostępnione producentom lub firmom serwisującym oprogramowanie wykorzystywane w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 6)Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres wymagany przepisami prawa, w tym ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, okres przedawnienia roszczeń w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych,
- 7) Posiada Pani/Pan prawo do:
 - a) żądania od Administratora Danych Osobowych dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania,
 - b) żądania od Administratora Danych Osobowych usunięcia danych osobowych lub ograniczenia ich przetwarzania (te prawa podlegają ograniczeniom w niektórych przypadkach przewidzianych przez przepisy RODO),
 - c) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych – w przypadkach, gdy dane są przetwarzane na podstawie prawnie uzasadnionego interesu realizowanego przez Administratora lub podmiot trzeci (to prawo podlega ograniczeniom w niektórych przypadkach przewidzianych przez przepisy RODO),
 - d) przeniesienia danych osobowych do innego administratora.
 - e) cofnięcia wyrażonej zgody na przetwarzanie w dowolnym momencie (przy czym pozostanie to bez wpływu na przetwarzanie dokonane przed cofnięciem zgody),
- 8) w przypadku, gdy przetwarzanie danych narusza przepisy prawa ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do właściwego organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 9) podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jest Pan/Pani zobowiązany/na do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych jest brak możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 10) źródło pochodzenia danych osobowych : Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, 00-608 Warszawa, Al. Niepodległości 190;
- 11) W oparciu o Pani/Pana dane osobowe Administrator, podmiot przetwarzający dane nie będzie podejmował wobec Pani/Pana zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

.....
Data, czytelny podpis pacjenta

**Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 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).*

Oświadczenie pacjenta
Upoważnienie osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta
i udzielonych świadczeniach zdrowotnych

Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i o udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych*

Osobą upoważnioną do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i o udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych na podstawie art 9 ust. 3 ustawy z dnia 6.11.2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta jest* :

.....
imię i nazwisko osoby upoważnionej, adres zamieszkania, nr telefonu, adres email

.....
Data, czytelny podpis pacjenta

Oświadczenie pacjenta
Upoważnienie dotyczące udostępniania dokumentacji medycznej

Nie wyrażam zgody i nie upoważniam nikogo do udostępniania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby*

Oświadczam, że osobą upoważnioną do udostępniania mojej dokumentacji medycznej, na podstawie art 26 ust. 1 ustawy z dnia 6.11.2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta jest*:

.....
imię i nazwisko osoby upoważnionej, adres zamieszkania, nr telefonu, adres email

.....
Data, czytelny podpis pacjenta

*- zaznaczyć (X) właściwą odpowiedź