

<i>Pieczęć nagłówkowa z numerem umowy z NFZ</i>	SKIEROWANIE NA ZABIEGI FIZJOTERAPEUTYCZNE		Data rozpoczęcia																
			Data zakończenia																
Numer telefonu pacjenta					PESEL														
Nazwisko i imię																			
Cel zabiegów												KOD ICD-10:							
RODZAJ ZABIEGU					OKOLICA CIAŁA					ILOŚĆ									
<i>Pieczęć i podpis fizjoterapeuty</i>												Stan po zabiegach							



**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
W WOLSZTYNIE**

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 7 ust. 2. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 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 osobowych) tzw. RODO Wyrażam wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych w tym danych dotyczących zdrowia przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wolsztynie w celu wykonywania zabiegów medycznych, badań, leczenia, a w uzasadnionych przypadkach na powierzenie ich wysoko wyspecjalizowanym klinikom, laboratoriom, podmiotom współpracującym oraz innym instytucjom upoważnionych z mocy prawa do wykonywania badań, przeprowadzania konsultacji lub udzielania innych świadczeń.

Jednocześnie oświadczam że moja zgoda spełnia wszystkie warunki o których mowa w art. 7 RODO tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie, zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie o warunku możliwości jej rozliczalności.

Klauzula Informacyjna dla Pacjentów

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informujemy, że:	
1	Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia świadczeń zdrowotnych,
2	Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wolsztynie z siedzibą przy ul. Wschowskiej 3 (kod pocztowy 64-200 Wolsztyn), tel.: 68 347 73 00 adres e-mail: sekretariat@spzowolsztyn.pl,
3	Kontakt z pracownikiem odpowiedzialnym za ochronę danych osobowych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Wolsztynie jest możliwy poprzez adres e-mail: od@spzowolsztyn.pl,
4	Pani/Pana dane osobowe będą zbierane i przetwarzane w celu świadczenia usług zdrowotnych przez SPZOZ w Wolsztynie na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c, oraz na podstawie art. 9 ust. 1, ust. 2 lit. h RODO
5	Przysługuje Pani/Panu prawo żądania dostępu do treści danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
6	Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu przez SPZOZ w Wolsztynie, oraz nie będą przekazywane do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych,
7	Dokumentacja medyczna jest przechowywana zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

pacjent odebrał zaświadczenie

..... data i
..... podpis pacjenta/opiekuna prawnego
..... podpis pacjenta między 16-18rż i opiekuna prawnego
..... lub przedstawiciela ustawowego

..... data i podpis