

KLAUZULA INFORMACYJNA

Wypełniając obowiązek informacyjny wynikający z art. 13 Rozporządzenia 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, dalej: RODO), informuję:

1. ADMINISTRATOR DANYCH OSOBOWYCH

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest lek. stom. Ziemowit Sartys prowadzący działalność pod nazwą "Indywidualna Praktyka Stomatologiczna lek. stom. Ziemowit Sartys" z siedzibą przy ul. Polnej 56a, 55-093 Kiełczów, tel.: +48 606 70 22 73, e-mail: zsartys@gmail.com

2. CELE I PODSTAWA PRAWNA PRZETWARZANIA DANYCH

Pani/Pana dane osobowe zawarte w niniejszej ankiecie przetwarzane będą w celu:

- a) Udzielania świadczeń zdrowotnych i prowadzenia dokumentacji medycznej** - na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h) RODO w związku z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz innych ustaw regulujących zasady wykonywania zawodów medycznych i udzielania świadczeń zdrowotnych;*
- b) Zapewnienia bezpieczeństwa podczas leczenia stomatologicznego** (informacje o stanie zdrowia są niezbędne do oceny ryzyka i dostosowania procedur leczniczych) - na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h) RODO;*
- c) Kontaktu w celach związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych** (np. przypomnienia o wizycie, informacje o wynikach badań) - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) i f) RODO (wykonanie umowy i prawnie uzasadniony interes administratora).*

3. OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH

Dane osobowe zawarte w dokumentacji medycznej będą przechowywane przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w art. 29 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

4. ODBIORCY DANYCH

Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:

- osoby upoważnione przez Panią/Pana w ramach realizacji praw pacjenta;*
- podmioty przetwarzające dane osobowe na zlecenie Administratora, w szczególności dostawcy usług IT i laboratoria protetyczne;*
- podmioty lub organy uprawnione na podstawie przepisów prawa.*

5. PRAWA OSOBY, KTÓREJ DANE DOTYCZĄ

Przysługuje Pani/Panu prawo:

- dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
- sprostowania (poprawiania) swoich danych;
- ograniczenia przetwarzania danych;
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania;
- przenoszenia danych;
- wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa).

Prawo do usunięcia danych (prawo do bycia zapomnianym) podlega ograniczeniom wynikającym z przepisów dotyczących prowadzenia dokumentacji medycznej.

6. INFORMACJA O WYMOGU PODANIA DANYCH

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych zawartych w ankiecie jest dobrowolne, ale niezbędne do udzielenia świadczeń zdrowotnych i zapewnienia bezpieczeństwa podczas leczenia. Odmowa podania danych może skutkować niemożnością udzielenia świadczeń zdrowotnych.

7. INFORMACJA O ZAUTOMATYZOWANYM PODEJMOWANIU DECYZJI

Pani/Pana dane nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższą klauzulą informacyjną:

.....

podpis pacjenta (opiekuna prawnego)