

## KLAUZULA OBOWIĄZKU INFORMACYJNEGO

Administratorem Twoich danych osobowych przetwarzanych w ramach objęcia świadczoną opieką zdrowotną jest **ISKIERKA REHABILITACJA DZIECI I MŁODZIEŻY Zuzanna Nawrotek** z siedzibą w **Czernikowie przy ul. M. Reja 30**, dalej: „Administrator” w rozumieniu art. 4 ust. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, dalej: „RODO”.

Jeśli chcesz skontaktować się z nami w sprawach związanych w przetwarzaniem Twoich danych osobowych możesz to zrobić za pośrednictwem adresu korespondencyjnego lub pod adresem e-mail: **z.nawrotek@gmail.com** (oraz jeśli ma to zastosowanie wskazujemy dane kontaktowe do powołanego Inspektora Ochrony Danych).

### Zakres i cel przetwarzanych danych osobowych

Twoje dane osobowe przetwarzane są w celu objęcia Ciebie opieką zdrowotną w ramach wykonywanego przez fizjoterapeutę świadczenia. Twoje dane osobowe przetwarzane są w następującym zakresie: imię (imiona), nazwisko, płeć, data urodzenia, numer PESEL (w przypadku jego braku rodzaj i numer dokumentu potwierdzający tożsamość), adres zamieszkania, w przypadku osoby małoletniej również dane opiekuna prawnego oraz dane o stanie Twojego zdrowia oraz udzielanych Ci świadczeniach. Możemy przetwarzać również w celach kontaktowych Twój adres e-mail oraz numer telefonu, jednakże podanie tych danych nie jest dla Ciebie obligatoryjne.

Prowadzimy dla Ciebie dokumentację medyczną, która zawiera wszystkie informacje dotyczące Twojego stanu zdrowia oraz świadczeń, w wyjątkowych przypadkach również dotyczące np. uzależnień. Jest to niezbędne dla postawienia diagnozy i poprowadzenia w sposób właściwy Twojego procesu leczenia.

Twoje dane osobowe przetwarzane są przez Administratora w oparciu o:

- art. 6 ust. 1 lit. b i c oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO w zw. z art. 25 pkt 1 Ustawy o prawach pacjenta oraz § 10 ust. 1 pkt 2

Rozporządzenia MZ w ramach właściwej rejestracji i udzielania świadczeń zdrowotnych;

- art. 9 ust. 2 lit. h RODO w zw. z art. 24 ust. 1 Ustawy o prawach pacjenta oraz Rozporządzenia MZ w ramach prowadzenia Twojej dokumentacji medycznej;
- art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO, jako tzw. prawnie uzasadniony interes administratora, jakim jest kontakt w sprawie przypomnienia o wizycie, jej przełożeniu oraz informacji o wynikach prowadzonej konsultacji.
- art. 6 ust. 1 lit. b, c i f RODO oraz w zw. Z ustawą z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości mamy prawo przetwarzać Twoje dane również w celu dochodzenia ewentualnych roszczeń z uwagi na prowadzoną działalność lub obrony przed nimi a także w celach podatkowych.

## **Profilowanie oraz przekazywanie danych do państw trzecich**

Profilowanie polega na tym, iż na podstawie zgromadzonych o Tobie informacji jesteśmy uprawnieni do tworzenia profili preferencji naszych pacjentów, których dane osobowe znajdują się w naszych bazach. W oparciu o to dostosowujemy nasze usługi oraz kierowane do Ciebie komunikaty. Każdorazowo działanie to odbywa się wraz z ingerencją człowieka, nie w sposób automatyczny. Pamiętaj, że możliwość niepodlegania automatycznym decyzjom w tym zakresie jest Twoim podstawowym uprawnieniem, z którego możesz skorzystać w każdej chwili.

Administrator może korzystać z usług podmiotów zewnętrznych dostarczających usługi niezbędne dla prawidłowej realizacji świadczeń zdrowotnych a w związku z tym Twoje dane osobowe mogą być przekazywane poza teren Unii Europejskiej np. w przypadku serwisowania oprogramowania informatycznego. Zapewniamy, że przekazywanie danych zabezpieczone zostanie w sposób właściwy m.in. w oparciu o stosowną umowę zawierającą standardowe klauzule przyjęte przez Komisję Europejską.

## **Podaję moje dane osobowe dobrowolnie czy obowiązkowo?**

Podanie przez Ciebie danych osobowych jest w pełni dobrowolne, jednakże ich nie podanie może skutkować odmową umówienia wizyty bądź udzieleniem świadczenia zdrowotnego. Administrator świadcząc usługi z zakresu fizjoterapii jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób określony przepisami prawa, w tym do oznaczenia tożsamości pacjenta z wykorzystaniem jego danych osobowych. Niepodanie numeru telefonu oraz adresu e-mail nie wpływa na udzielanie świadczenia zdrowotnego chociaż w wielu przypadkach usprawnia to w stopniu znaczącym komunikację i jakość świadczonych usług.

## **Czas przez jaki przetwarzamy Twoje dane osobowe**

Pamiętaj, że jeśli korzystasz z naszych usług w ramach udzielanego świadczenia zdrowotnego i zostanie utworzona dla Ciebie dokumentacja medyczna, Twoje dane osobowe będą przetwarzane przez administratora co najmniej przez okres 20 lat od dnia dokonania wpisu w Twojej dokumentacji medycznej. Dodatkowo dane te mogą być przez nas przetwarzane w celu dochodzenia roszczeń przez okres wynikający z przepisów prawa cywilnego oraz z uwagi na względy podatkowe przez 5 lat liczonych od końca roku kalendarzowego, w którym powstał obowiązek podatkowy. Po upływie wyżej wymienionych okresów Twoje dane są usuwane lub poddawane anonimizacji.

## **Informacja o przysługujących Ci prawach**

Administrator zapewnia Ci prawo dostępu do Twoich danych, możesz je również sprostować, żądać ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. Możesz także skorzystać z uprawnienia do złożenia wobec Administratora sprzeciwu wobec przetwarzania Twoich danych oraz prawa do przenoszenia danych do innego administratora danych. Informujemy także, że przysługuje Ci prawo wniesienia skargi do organu nadzorującego przestrzeganie przepisów ochrony danych osobowych tj. możesz ją złożyć do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych korespondując na wskazany poniżej adres: Urząd Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2 00 - 193 Warszawa

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA: \_\_\_\_\_

PESEL DZIECKA: \_\_\_\_\_

IMIĘ I NAZWISKO OPIEKUNA: \_\_\_\_\_

PESEL OPIEKUNA: \_\_\_\_\_

ADRES ZAMIESZKANIA: \_\_\_\_\_

TELEFON KONTAKTOWY: \_\_\_\_\_

ADRES E-MAIL: \_\_\_\_\_

Ja niżej podpisany wyrażam wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie danych osobowych moich i dziecka przez **ISKIERKA REHABILITACJA DZIECI I MŁODZIEŻY ZUZANNA NAWROTEK** w celu realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie fizjoterapii.

\_\_\_\_\_  
(data i czytelny podpis)

Wyrażam / Nie wyrażam \* zgody na prowadzenie dokumentacji multimedialnej dziecka w postaci nagrań oraz zdjęć w celu weryfikacji procesu terapeutycznego.

\_\_\_\_\_  
(data i czytelny podpis)

\* niewłaściwe skreślić