

FORMULARZ ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

dla Qlinique Medycyna Estetyczna prowadzonej przez Qlinique Sp. z o.o.

(Administradora Danych Osobowych) 04-620 Warszawa, Rzeźbiarska 70

| NIP 5252457256 | KRS 0000332410 | www.qlinique.pl | kontakt@qlinique.pl | tel. +48 695 212 212

CZĘŚĆ I: OŚWIADCZENIE PACJENTA

Ja, niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko: _____

Numer PESEL _____

Adres zamieszkania: _____

Numer telefonu: _____ Adres e-mail: _____

działając świadomie i dobrowolnie, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych wrażliwych dotyczących mojego stanu zdrowia, przez Qlinique Medycyna Estetyczna prowadzoną przez Qlinique Sp. z o.o. w niżej określonych celach:

1. Zgoda na przetwarzanie danych w celach zdrowotnych (Cel niezbędny do realizacji świadczenia medycznego)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia (danych wrażliwych), w celu:

- udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym diagnozy, planowania i przeprowadzenia zabiegu i profilaktyki zdrowotnej,
- prowadzenia i przechowywania mojej dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Podanie tych danych jest warunkiem koniecznym do przeprowadzenia konsultacji i zabiegu.

2. Zgoda na przetwarzanie danych w celach komunikacyjnych (Cel dobrowolny). Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego numeru telefonu oraz adresu e-mail TAK ☐ NIE ☐ w celu:

- kontaktowania się ze mną w sprawach organizacyjnych,
- potwierdzania, zmiany terminu lub odwoływania wizyt za pośrednictwem rozmowy telefonicznej, wiadomości SMS lub e-mail,
- przypominania o nadchodzących terminach wizyt lub zabiegów,
- przekazywania zaleceń pozabiegowych lub informacji o możliwości odbioru dokumentacji.

Zgoda na komunikację jest dobrowolna i jej brak nie wpływa na jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, jednak może utrudnić organizację procesu leczenia.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią poniższej Klauzuli informacyjnej RODO i w pełni ją zrozumiałem/am.

(Miejscowość, data)

(Czytelny podpis pacjenta)

CZĘŚĆ II: KLAUZULA INFORMACYJNA ZGODNA Z RODO

(zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. – dalej „RODO”)

1. Administrator Danych Osobowych (ADO): Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Qlinique Sp. z o.o. właściciel Qlinique Medycyna Estetyczna z siedzibą w Warszawie przy ul. Rzeźbiarskiej 70, e-mail: kontakt@qlinique.pl, tel.: +48 695 212 212.
2. Kontakt z ADO jest możliwy listownie na adres: 04-620 Warszawa ul. Rzeźbiarska 70, przez e-mail: kontakt@qlinique.pl, telefonicznie: 695 212 212, w siedzibie Administratora.
3. Cele i podstawy prawne przetwarzania:
 - Pani/Pana dane osobowe, w tym dane o stanie zdrowia, będą przetwarzane w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i prowadzenia dokumentacji medycznej na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) oraz art. 9 ust. 2 lit. h) RODO w związku z przepisami Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz Ustawy o działalności leczniczej.
 - Pani/Pana dane kontaktowe (telefon, e-mail) będą przetwarzane w celach komunikacyjnych na podstawie Pani/Pana dobrowolnej zgody, tj. art. 6 ust. 1 lit. a) RODO.
4. Odbiorcy danych: Pani/Pana dane mogą być udostępniane innym podmiotom leczniczym w celu zapewnienia ciągłości leczenia, dostawcom usług technicznych i organizacyjnych (np. obsługa IT, dostawcy oprogramowania), a także organom publicznym uprawnionym na podstawie przepisów prawa (np. NFZ, ZUS, Sanepid).
5. Okres przechowywania danych:
 - Dokumentacja medyczna będzie przechowywana przez okres wymagany przepisami prawa, tj. co do zasady przez 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu (z wyjątkami określonymi w Ustawie o prawach pacjenta).
 - Dane przetwarzane na podstawie zgody (dane do komunikacji) będą przechowywane do czasu wycofania tej zgody.
6. Prawa osoby, której dane dotyczą: Przysługuje Pani/Panu prawo do:
 - dostępu do swoich danych osobowych,
 - sprostowania (poprawiania) danych, które są nieprawidłowe,
 - usunięcia danych („prawo do bycia zapomnianym”), w przypadku gdy dane nie są już niezbędne do celów, dla których były zebrane lub w inny sposób przetwarzane, a nie istnieją nadrzędne podstawy prawne do ich dalszego przetwarzania (np. obowiązek prawny przechowywania dokumentacji medycznej),
 - ograniczenia przetwarzania danych,
 - przenoszenia danych (dotyczy danych przetwarzanych na podstawie zgody),
 - wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.
7. Prawo do wycofania zgody: Ma Pani/Pan prawo do wycofania zgody na przetwarzanie danych kontaktowych w celach komunikacyjnych w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Zgodę można wycofać, składając stosowne oświadczenie w naszej placówce.
8. Dobrowolność podania danych: Podanie danych w celu realizacji świadczeń zdrowotnych jest wymogiem ustawowym i jest niezbędne do objęcia Pani/Pana opieką medyczną. Odmowa ich podania uniemożliwi udzielenie świadczeń. Podanie danych w celach komunikacyjnych jest w pełni dobrowolne.
9. Prawo do wniesienia skargi: Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa).