

.....  
Imię i nazwisko Pacjenta

.....  
PESEL Pacjenta



Galen Rehabilitacja Sp. z o. o.ul.

Jerzego 6,  
43-150 Bieruń

## UPOWAŻNIENIE

### UPOWAŻNIAM

Ja, niżej podpisany/-na oświadczam, że osobą upoważnioną do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania kopii dokumentacji medycznej, również w przypadku śmierci jest:

1.Imię i nazwisko: .....

2.Data urodzenia: .....

3.Numer telefonu i adres e-mail: .....

.....  
data

.....  
podpis Pacjenta

### NIE UPOWAŻNIAM

Ja, niżej podpisany/-na oświadczam, że nie upoważniam żadnej osoby do otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania kopii dokumentacji medycznej.

.....  
data

.....  
podpis Pacjenta

---

## ZGODY

Zgodnie a Art. 6 Ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. (RODO) wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Galen Rehabilitacja Sp. z o. o. ul. Jerzego 6, 43-150 Bieruń (Administradora danych) moich danych osobowych w postaci adresu mailowego, podanego poniżej

..... w celu:

1.Otrzymywania dokumentacji medycznej za pośrednictwem poczty elektronicznej na wskazany adres mailowy.

TAK

NIE

2. Otrzymywania informacji na temat zagadnień fizjoterapeutycznych oraz dotyczących świadczonych usług i oferowanych produktów przez Galen Rehabilitacja Sp. z o. o.

a) w postaci newslettera za pośrednictwem poczty elektronicznej na wskazany adres mailowy

TAK

NIE

b) w postaci SMS na podany podczas rejestracji numer telefonu

TAK

NIE

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem/-am się z klauzulą informacyjną dostępną w Punkcie Rejestracji Galen Rehabilitacja Sp. z o. o.

.....  
data

.....  
podpis Pacjenta

Galen Rehabilitacja Sp. z o. o.

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuje, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest

Galen Rehabilitacja Sp. z o. o., ul. Jerzego 6, 43-150 Bieruń  
oraz Galen - Ortopedia Sp. z o. o., ul. Jerzego 6, 43-150 Bieruń jako Współadministrator.

2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych jest możliwy przez pocztę elektroniczną pod adresem: [iod@netbel.pl](mailto:iod@netbel.pl) lub pocztą tradycyjną pod adresem Administratora.

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu świadczenia usług medycznych na podstawie:

Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO) oraz Ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta (Dz. U. 2009 nr 52 poz. 417 z późn. zm.), Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2015 poz. 2069 ze zm.).

- Art. 9 ust.2 lit. h (RODO) – przetwarzania informacji o stanie zdrowia przez podmiot medyczny.
- w celu obsługi subskrypcji newslettera zgodnie z Art. 6 ust. 1 lit. a (RODO) – jako udzielonej zgody na otrzymywanie informacji przez pocztę elektroniczną.

4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania dostępu do danych osobowych na podstawie przepisów prawa, NFZ, ZUS, laboratoria analityczne i podmioty diagnostyczne, podmioty świadczące na rzecz Administratora usługi telekomunikacyjne i informatyczne, a w przypadku zgody na otrzymywanie newslettera także podmioty realizujące zadania związane z prowadzeniem newslettera.

5. Pani/Pana dane osobowe w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej przetwarzane będą przez okres 20 lat, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. W zakresie danych przetwarzanych na podstawie udzielonej zgody do momentu jej wycofania i żądania usunięcia adresu email z listy subskrybentów.

6. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania w zakresie, w którym nie stoi to w sprzeczności z obowiązującymi Administratora przepisami prawa, a w zakresie danych przetwarzanych na podstawie udzielonej zgody prawo do ich usunięcia w dowolnym momencie.

7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych) jeżeli Pani/Pan uzna, że dane osobowe są przetwarzane z naruszeniem prawa.

8. Podanie danych osobowych w celu świadczenia usług medycznych i prowadzenia dokumentacji medycznej jest obligatoryjne na mocy przepisów prawa. W zakresie otrzymywania informacji przez pocztę elektroniczną jest dobrowolne, lecz odmowa ich podania i brak zgody spowoduje, że Administrator nie będzie mógł wysyłać informacji drogą mailową.