

Imię i nazwisko pacjenta: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Nr telefonu / Adres e-mail: .....

#### I. OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na proponowane mi leczenie i objęcie przez Hospicjum Domowe Centrum Opieki Paliatywnej.
2. Zapoznałem/łam się z Prawami Pacjenta.
3. Nie zataiłem/łam informacji istotnych dla procesu leczenia.
4. Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Hospicjum w momencie rozpoczęcia leczenia szpitalnego u innego świadczeniodawcy.
5. Jestem ubezpieczony/a w Oddziale NFZ .....
6. Wyrażam zgodę na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dot. planowanych wizyt, przyjęć jak również informacji o medycznej działalności Olsztyńskiego Stowarzyszenia Hospicyjnego Palium.
7. Zostałem poinformowany, iż w trakcie korzystania ze świadczeń gwarantowanych z zakresu domowej opieki paliatywnej i hospicyjnej nie mogę równocześnie korzystać ze świadczeń fizjoterapii domowej oraz z domowego leczenia tlenem w ramach NFZ.

\_\_\_\_\_  
Podpis pacjenta

#### II. UPOWAŻNIENIE

1. Upoważniam / nie upoważniam nikogo\* do udzielenia informacji o stanie mojego zdrowia następującym osobom:

1) .....  
imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, nr telefonu

2) .....  
imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, nr telefonu

2. Upoważniam / nie upoważniam nikogo\* do udostępniania dokumentacji medycznej za życia / za życia i po mojej śmierci\* następującym osobom:

1) .....  
imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, nr telefonu

\_\_\_\_\_  
Podpis pacjenta

Pacjent ze względu na swój stan kliniczny nie jest w stanie wyrazić woli / wyrazić woli na piśmie\*

Pacjent wyraził wolę poprzez .....

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis osoby zbierającej wywiad

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis członka rodziny

\* niepotrzebne skreślić

## Informacja o przetwarzaniu danych osobowych Pacjentów

### **ADMINISTRATOR DANYCH OSOBOWYCH**

Olsztyńskie Stowarzyszenie Hospicyjne Palium, ul. Aleja Wojska Polskiego 30, 10-229 Olsztyn, tel. 89 532 61 73, e-mail: [hospicjum.olsztyn@gmail.com](mailto:hospicjum.olsztyn@gmail.com), dalej: Hospicjum.

### **CEL PRZETWARZANIA DANYCH**

Dane Pacjentów przetwarzamy w celu ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych, zarządzania udzielaniem tych usług oraz leczenia, polegających w szczególności na: rejestracji i przyjęciu Pacjenta do Hospicjum Stacjonarnego, Hospicjum Domowego lub Poradni Medycyny Paliatywnej, prowadzenia kartoteki Pacjenta, prowadzenia terminarza przyjęć i wizyt Pacjentów, prowadzenia dokumentacji pobytu Pacjenta na oddziale, wizyt Pacjentów w poradni czy przebiegu wizyt domowych u Pacjenta.

### **PODSTAWA PRAWNA PRZETWARZANIA**

Przetwarzanie danych Pacjentów i ich opiekunów lub członków rodzin w wyżej wskazanych celach jest obowiązkowe i wynika z przepisów prawa, abyśmy mogli świadczyć usługi medyczne i pomoc naszym Pacjentom. Podstawą prawną przetwarzania danych jest m.in. ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w związku z art. 6 ust. 1 lit. c RODO\* oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO.

### **CZAS PRZETWARZANIA DANYCH**

Dane Pacjentów będziemy przetwarzać przez czas korzystania przez Pacjenta z usług Hospicjum, a następnie będziemy je przechowywać przez 20 lat, a w przypadku zgonu Pacjenta przez 30 lat.

### **ODBIORCY DANYCH OSOBOWYCH**

Dane osobowe Pacjentów mogą być ujawniane zewnętrznym podmiotom z zachowaniem zasad poufności, w tym w szczególności podmiotom uprawnionym na mocy przepisów prawa do otrzymania danych, dostawcom odpowiedzialnym z obsługę systemów informatycznych, oraz placówkom, którym Hospicjum zleciło wykonanie badań i diagnostyki laboratoryjnej.

### **PRZYSŁUGUJĄCE PRAWA**

Jako pacjenci posiadają Państwo prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, oraz ograniczenia ich przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

### **KONTAKT Z INSPEKTOREM OCHRONY DANYCH**

Do Inspektora Ochrony Danych można kierować pytania w zakresie przetwarzania danych osobowych na adres e-mail: [iod.hospicjum.olsztyn@gmail.com](mailto:iod.hospicjum.olsztyn@gmail.com)

Zapoznałam / łem się dnia \_\_\_\_\_

podpis \_\_\_\_\_