



Wrocław, dnia

Dziecko	
Imię Nazwisko:	PESEL:

Matka / Opiekunka prawna	
..... <i>imię, nazwisko</i> <i>numer telefonu, adres email</i>
..... <i>PESEL lub nr dowodu tożsamości</i> <i>adres zamieszkania: kod pocztowy, miejscowość, ulica</i>

Ojciec / Opiekun prawny	
..... <i>imię, nazwisko</i> <i>numer telefonu, adres email</i>
..... <i>PESEL lub nr dowodu tożsamości</i> <i>adres zamieszkania: kod pocztowy, miejscowość, ulica</i>

Oświadczam, że jestem rodzicem / opiekunem prawnym dziecka i jestem uprawniony do nadawania poniższych upoważnień:

Wrocław, dnia Dane administracyjne, Data

.....
podpis rodzica / opiekuna prawnego

1. Do uzyskania informacji o stanie zdrowia dziecka i udzielonych mu świadczeń opieki zdrowotnej są upoważnieni:

Matka / Opiekunka prawna : TAK NIE
Ojciec / Opiekun prawny : TAK NIE
osoba trzecia : TAK NIE

.....
imię nazwisko, PESEL osoby upoważnionej

2. Do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej dziecka - we wszystkich prawnie dopuszczonych formach, w tym w formie elektronicznej, wyłącznie na adres e-mail wskazany powyżej, są upoważnieni:

Matka / Opiekunka prawna : TAK NIE
Ojciec / Opiekun prawny : TAK NIE
osoba trzecia : TAK NIE

.....
imię nazwisko, PESEL osoby upoważnionej

3. Wyrażam zgodę na udzielenie świadczeń zdrowotnych dziecku w obecności opiekuna faktycznego (osoba trzecia):

.....
imię, nazwisko i nr PESEL osoby upoważnionej

4. Przyjmuje do wiadomości następujące informacje:

- a) na wizytę pierwszorazową do danego specjalisty z dzieckiem musi zgłosić się rodzic / opiekun prawny.
- b) do ukończenia 16 r.ż. dziecko musi chodzić na wizyty z rodzicem/opiekunem prawnym/upoważnionym opiekunem faktycznym, a opiekun faktyczny musi okazać w rejestracji dokument tożsamości ze zdjęciem oraz upoważnienie jednorazowe, jeżeli w dokumentacji medycznej nie ma upoważnienia stałego (nie dotyczy wizyt pierwszorazowych)
- c) po ukończeniu 16 r.ż. dziecko może odbyć wizytę samodzielnie, pod warunkiem okazania jednorazowej zgody rodzica / opiekuna prawnego na udzielenie świadczenia zdrowotnego w danym dniu bez obecności przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego (nie dotyczy wizyt pierwszorazowych). Wzory upoważnień można pobrać ze strony internetowej przychodni
- d) przybycie rodzica/opiekuna prawnego/upoważnionego opiekuna faktycznego na wizytę z dzieckiem jest równoznaczne z wyrażeniem zgody na jej realizację

TAK NIE

5. Wyrażam zgodę na wykorzystanie moich danych kontaktowych obejmujących numer telefonu i adres mailowy do przekazywania mi informacji i materiałów promocyjnych dotyczących działań Fundacji "Promyk Słońca"

TAK NIE

Wrocław, dnia

.....
podpis rodzica / opiekuna prawnego

Przetwarzanie danych osobowych:

1. Administratorem danych osobowych jest Fundacja "Promyk Słońca" z siedzibą w Warszawie przy ul. Złotej 61/100, prowadząca Centrum Diagnostyczno-Rehabilitacyjne "Promyk Słońca" z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Swobodnej 8a.
2. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych: daneosobowe@promykslonca.pl
3. Dane osobowe przetwarzane są na podstawie obowiązujących przepisów prawa w celu ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych, w tym zarządzania usługami opieki zdrowotnej oraz leczenia.
4. Przetwarzanie danych jest niezbędne do celów profilaktyki zdrowotnej, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej, leczenia lub zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej (art. 9 ust. 2 lit. h RODO).
5. W przypadku wyrażenia zgody numer telefonu przetwarzany jest na jej podstawie w celu wysyłania powiadomień SMS przypominających o terminie wizyty i/lub w celu wysyłania wiadomości SMS informujących o podejmowanych przez Fundację działaniach i promujących działalność Fundacji. Każda z tych zgód może być wycofana w każdym czasie, przy czym cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania danych osobowych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
6. Dane osobowe będą udostępniane podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa oraz podmiotom zapewniającym obsługę informatyczną administratora.
7. W przypadku skorzystania z usług płatnych, dane osobowe niezbędne do wystawienia faktury ujawniane będą firmie realizującej obsługę księgową administratora.
8. Dane osobowe będą przechowywane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, tj.:
 - a) przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym sporządzono ostatni wpis o udzielonych świadczeniach, a w przypadku dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2. roku życia - przez okres 22 lat;
 - b) przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie rentgenowskie przechowywane poza dokumentacją medyczną pacjenta;
 - c) skierowanie na badania lub zlecenia lekarza przez okres:
 - 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia lekarza,
 - 2 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wystawiono skierowanie - w przypadku gdy świadczenie zdrowotne nie zostało udzielone z powodu niezgłoszenia się pacjenta w ustalonym terminie, chyba że pacjenta odebrał skierowanie;
9. Każdy ma prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także przenoszenia danych. W celu realizacji tego prawa należy wysłać żądanie na adres: daneosobowe@promykslonca.pl
10. Każdy ma prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
11. Podanie danych osobowych jest warunkiem udzielenia świadczeń medycznych. Nie podanie danych osobowych uniemożliwia skorzystanie z usługi medycznej.