

Recepta

00001207870521802709

NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIA
LEKARZA RODZINNEGO"

40-749 Katowice, ul. Samsonowicza 25

REGON: 27790873300013, tel. 32-354 29 34

Kod res. I: 0014313; kod res. V: 01 - Przychodnia Lekarza Rodzinnego; kod

res. VII: 001 - PRZYCHODNIA LEKARZA RODZ

Kod res. VIII: 0010, Umowa: 121/210328/01/2019

Świadczeniodawca

Pacjent

Oddział NFZ

12

Uprawnienia
dodatkowe

PESEL

*Do Oddziału NFZ
autorizacji w celu
meholodny
CSU kochane
Uprawnienia
KODNF NFZ albumu
Anemnie ser
W upr imenit
dłmwe*

Data wystawienia:

Dane i podpis lekarza

Data realizacji "od dnia":

SYLWIA RATAK-ZAGALSKA
Lekarz Chorób Wewnętrznych
Specjalista Medycyny Pracy
90 51 266

ENIA

anie zdrowia i udzielonych świadczeniach:

/ICE

3. KWI. 2019

Data i podpis pacjenta

ji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach.

Data i podpis pacjenta

I medycznej:

3. KWI. 2019

Data i podpis pacjenta

okumentacji medycznej.

Data i podpis pacjenta

ach Pacjenta oraz Regulaminie Organizacyjnym Szpitala.

3. KWI. 2019

Data i podpis pacjenta

z wyrażam zgodę na obecność podczas udzielania mi świadczeń
ńskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

ijący mi świadczeń zdrowotnych. Zgoda ta dotyczy wyłącznie osób,

tycznych, naukowych i badawczych.

udzielania mi świadczeń są bezwzględnie zobowiązane do
anych, które uzyskają podczas udzielania mi świadczeń

ach dydaktycznych lub naukowych oraz wyłącznie w sposób nie

3 KWI. 2019

Data i podpis pacjenta

iniczne im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego

ując pod numery: centrala w lokalizacji przy ul. Ceglanej 35: 32 3581 200,

zając na wskazany powyżej adres, telefonując pod numer: 32 3581 371 lub za

medycznych, zarządzania udzielaniem tych usług oraz leczenia. Podstawą
ia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz

art. 6 ust. 1 lit c) RODO*.

Źródłem gromadzonych przez Administratora danych są informacje, których udzieli Pacjent podczas realizacji celów określonych w punkcie 4 oraz informacje, które w granicach prawa mogą nam zostać udostępnione przez inne podmioty medyczne w zakresie, w jakim jest to niezbędne do zrealizowania przez nas tych celów.

Dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w zakresie związanym z realizacją celów opisanych w punkcie 4. Administrator nie udostępnia danych innym odbiorcom oprócz podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa.

Administrator nie zamierza przekazywać danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych.

Dane będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne, tj. przez okres wyznaczony właściwym przepisem prawa, w tym ustawy, o której mowa w punkcie 4.

Pacjent ma prawo żądać od Administratora dostępu do swoich danych, ich sprostowania, zaktualizowania, jak również masz prawo do ograniczenia przetwarzania danych. Zasady udostępnienia dokumentacji medycznej zostały określone przez przepisy polskiego prawa.

W związku z przetwarzaniem danych osobowych przez Administratora Pacjentowi przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Przekazanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, dotyczy każdego Pacjenta, wobec którego realizujemy cele opisane w punkcie 4.

W oparciu o gromadzone dane osobowe Administrator nie będzie podejmował Ciebie zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

* RODO - Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)

3. KWI. 2019

Data i podpis pacjenta

Imię i nazwisko

Nr Księgi Głównej

proponuję wstępny plan badań diagnostycznych i leczenia:

04-04-2019. Bad. laboratoryjne, EKG, USG j. brzusznej,
Tętno klp.

Akceptuję:

Oświadczenie pacjenta:

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z przedstawionym mi Planem leczenia i mam* / nie mam* uwag odnośnie rozwiązania mojego problemu zdrowotnego.

Uwagi:

Lesia Różłucka

3406251

LEKARZ

/ Podpis i pieczęć lekarza prowadzącego /

LEKARZ KIERUJĄCY

Oddziałem Chorób Wewnętrznych,
Autoimmunologicznych i Metabolicznych

/ Podpis i pieczęć kierownika kliniki /

prof. dr hab. Michał Holec

2568308

* odpowiednie skreślić

/ Podpis pacjenta /

Zmiany w planie leczenia i uwagi odnośnie jego realizacji:

Plc

auty

HIV -

Wykazanie /
Zatwierdzenie