

Oświadczenie Pacjenta w sprawie ustanowienia hasła do weryfikacji tożsamości podczas kontaktu telefonicznego w Punkcie Pobrań/UCML

Dane Pacjenta:

Imię i nazwisko: _____

Numer PESEL: _____

1. Ustanowienie hasła

Ja, niżej podpisany/a, w celu ułatwienia i zabezpieczenia kontaktu telefonicznego z placówką medyczną, ustanawiam poniższe hasło. Będzie ono służyło do potwierdzenia mojej tożsamości podczas rozmów telefonicznych .

HASŁO: _____

Uwaga: Hasło powinno być znane wyłącznie Panu/Pani. Prosimy o jego bezpieczne przechowywanie i nieudostępnianie osobom nieupoważnionym.

2. Zakres wykorzystania hasła

Wyrażam zgodę, aby po pozytywnej weryfikacji mojej tożsamości za pomocą podanego hasła, personel placówki medycznej przekazywał mi telefonicznie następujące informacje:

• **Informacje o badaniach laboratoryjnych (czy zostało wystawione skierowanie na badania laboratoryjne, czy są wyniki badań laboratoryjnych, jakie badania laboratoryjne zostały zlecone, korekta numeru telefonu) NIE PODAJEMY WYNIKÓW BADAŃ PRZEZ TELEFON.**

3. Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych (RODO)

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia 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 – „RODO”), informujemy, że:

- Administrator Danych Osobowych: Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Pełna nazwa i adres placówki medycznej .
- Cel i podstawa prawna przetwarzania: Pani/Pana dane osobowe, w tym dane dotyczące zdrowia oraz ustanowione hasło, będą przetwarzane w celu:
- Udzielania świadczeń zdrowotnych i zarządzania usługami medycznymi, w tym prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej . Podstawą prawną jest 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 .
- Weryfikacji tożsamości podczas kontaktu telefonicznego, co stanowi realizację prawnie uzasadnionego interesu administratora, jakim jest zabezpieczenie poufności danych medycznych . Podstawą prawną jest art. 6 ust. 1 lit. f RODO.
- Okres przechowywania danych: Pani/Pana dane osobowe zawarte w dokumentacji medycznej będą przechowywane przez okres wymagany przepisami prawa, tj. co do zasady przez 20 lat, licząc od

końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu . Hasło będzie przechowywane do czasu jego zmiany lub odwołania przez Panią/Pana.

- Prawa pacjenta: Przysługuje Pani/Panu prawo do :
- Dostępu do swoich danych osobowych.
- Sprostowania danych, które są nieprawidłowe.
- Ograniczenia przetwarzania danych.
- Wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w celach wynikających z prawnie uzasadnionych interesów administratora.
- Wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa).
- Dobrowolność podania danych: Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej. Podanie hasła jest dobrowolne, jednak jego brak może uniemożliwić lub znacznie utrudnić przekazywanie informacji dotyczących zdrowia drogą telefoniczną .

4. Oświadczenie końcowe

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią powyższego dokumentu, w tym z klauzulą informacyjną RODO, i w pełni rozumiem jego treść. Ustanowienie hasła następuje z mojej woli.

(Miejscowość, data)

(Czytelny podpis Pacjenta / Czytelny podpis opiekuna prawnego (przedstawiciela ustawowego)).