

Imię i nazwisko:

Pesel:

FORMULARZ OGÓLNEGO OBOWIĄZKU INFORMACYJNEGO DO DANYCH ZAWARTYCH W  
DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

**Hospicjum im. św. Józefa, Zespół Opieki Paliatywnej w Raciborzu mieszczące się przy ul. Żółkiewskiego 22,  
47 – 400 Racibórz, zwane dalej – Hospicjum św. Józefa, KRS: 000002168, REGON: 273271931.**

*Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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, zwanego dalej RODO informujemy, że:*

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Hospicjum im. Św. Józefa. Zespół Opieki Paliatywnej w Raciborzu**
- 2) Inspektorem Ochrony Danych w Hospicjum Św. Józefa jest Pani **Krystyna Wolnik**, dane kontaktowe: tel.: **32 415 53 39**, adres e-mail: **k.wolnik\_hosraciborz@onet.eu**
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą:
  - a) na podstawie art. 23 i następne ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, oraz
  - b) w celu udokumentowania Pani/Pana stanu zdrowia oraz udzielonych Pani/Panu świadczeń zdrowotnych,
- 4) odbiorcą Pani/Pana danych osobowych mogą być osoby i podmioty wskazane w art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w przepisach ustaw szczególnych,
- 5) w przypadku udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą:
  - a) na podstawie art. 2 oraz art. 49 i nast. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a w przypadkach, o których mowa w art. 12 i nast. ww. ustawy – na podstawie wskazanych przepisów szczególnych, oraz
  - b) w celach weryfikacji Pani/Pana uprawnień do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a także w celach rozliczenia tych świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia lub innym podmiotem finansującym te świadczenia,
- 6) w przypadku, o którym mowa w pkt 5, odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będzie Narodowy Fundusz Zdrowia lub inny podmiot finansujący świadczenia opieki zdrowotnej,
- 7) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej,
- 8) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okresy, o których mowa w art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w przepisach ustaw szczególnych
- 9) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, z zastrzeżeniem jednak zasad gromadzenia i przetwarzania danych w dokumentacji medycznej, o których mowa w rozdziale 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w przepisach ustaw szczególnych,
- 10) ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Organu Nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie dotyczących Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO,
- 11) podanie przez Pana/Panią danych osobowych gromadzonych w dokumentacji medycznej jest obowiązkowe,
- 12) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegały profilowaniu.

**Zapoznałem/łam się treścią Formularza. Potwierdzam jego otrzymanie .....**

(Data, podpis)