

KLAUZULA INFORMACYJNA RODO

Oświadczam, iż zostałam/em poinformowana/y o tym, że:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Krzysztof Marek prowadzący działalność gospodarczą pod firmą *Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Lekarska Krzysztof Marek* z siedzibą w Gdańsku (80-204) przy ul. Dantyszka 15 [Administrator]. W przypadku jakichkolwiek pytań mogę skontaktować się z Administratorem poprzez adres mailowy: gabinet@dr-marek.pl lub telefonicznie: 600 336 920.
2. Moje dane osobowe są przetwarzane ponieważ jest to niezbędne do wykonania **umowy o świadczenie usług medycznych świadczonych przez Administratora [Usługi]** oraz do: (a) prowadzenia dokumentacji medycznej, w tym karty pacjenta, (b) weryfikacji danych podczas umawiania wizyt, (c) kontaktowania się ze mną, w tym w celach związanych ze świadczeniem Usług oraz (d) przetwarzania danych dla celów podatkowych i rachunkowych. Moje dane osobowe mogą być również przetwarzane w celach wskazanych poniżej, w związku z prawnie uzasadnionym interesem Administratora, którym jest: (a) prowadzenie wobec mnie działań marketingowych w tym prowadzenia marketingu bezpośredniego Usług Administratora – za moją wyraźną dodatkową zgodą, (b) kontaktowanie się ze mną, w tym w celach związanych z dozwolonymi działaniami marketingowymi, poprzez dostępne kanały komunikacji - za moją wyraźną dodatkową zgodą, (c) zapewnienie obsługi usług płatniczych, (d) windykacja należności; prowadzenie postępowań sądowych, arbitrażowych i mediacyjnych oraz (e) przechowywanie danych dla celów archiwizacyjnych oraz zapewnienie rozliczalności.
3. **Wyrażam również zgodę na przetwarzanie – wyłącznie celem wykonywania Usług - danych szczególnych (wrażliwych), tj. danych o stanie mojego zdrowia, historii medycznej, leczeniu klinicznym lub stanie fizjologicznym lub biomedycznym, danych dotyczących odziedziczonych lub nabytych cech genetycznych. Zostałem pouczone/a, że przetwarzanie tych danych może być konieczne celem zapewnienia skutecznej terapii.**
4. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne w celu świadczenia Usług i/lub pozyskiwania informacji i materiałów, o których mowa powyżej.
5. Dane osobowe przetwarzane będą przez okres niezbędny dla realizacji prawnie uzasadnionych interesów Administratora, o których mowa powyżej, a po tym okresie dla celów i przez czas oraz w zakresie wymaganym przez przepisy prawa lub dla zabezpieczenia ewentualnych roszczeń, lub do czasu cofnięcia udzielonej zgody.
6. Dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy.
7. Odbiorcami danych osobowych będą: (a) podmioty dostarczające i wspierające systemy teleinformatyczne Administratora gromadzące zebrane ode mnie dane jak również podmioty świadczące usługi związane z bieżącą działalnością Administratora - na mocy stosownej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, (b) podmioty świadczące usługi płatności on-line - na mocy stosownej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.
8. Przysługuje mi prawo do dostępu do swoich danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, a także prawo cofnięcia udzielonej zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
9. W przypadku wątpliwości związanych z przetwarzaniem danych osobowych mogę zwrócić się do Administratora z prośbą o udzielenie informacji. Niezależnie od powyższego przysługuje mi prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (obecnie Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa).
10. Moje dane będą przetwarzane elektronicznie i ręcznie, zgodnie z metodami i procedurami związanymi z celami przetwarzania, o których mowa powyżej.

data

podpis pacjenta

Wyrażam zgodę na otrzymywanie za pośrednictwem:

telefonii komórkowej na numer _____

poczty elektronicznej na adres _____

- informacji dot. planowanych wizyt oraz

na otrzymywanie drogą elektroniczną na adres _____ informacji marketingowych i handlowych dotyczących usług Administratora.

data

podpis pacjent

OŚWIADCZENIE

W związku z epidemią tzw. koronawirusa (COVID-19) oświadczam, że zarówno ja jak i moje dziecko (dzieci):

1. obecnie oraz w ciągu ostatnich 14 dni przed wizytą nie mieliśmy objawów w postaci gorączki, kaszlu czy problemów z oddychaniem, jak również infekcji układu oddechowego i/lub pokarmowego,
2. w ciągu ostatnich 14 dni przed wizytą nie mieliśmy kontaktów z osobami, która miały w/w objawy,
3. nie byliśmy i nie jesteśmy objęci dobrowolną bądź obowiązkową kwarantanną (po powrocie z zagranicy lub w wyniku decyzji Sanepid) albo nadzorem sanitarnym,
4. wyrażamy zgodę na zmierzenie temperatury przed rozpoczęciem wizyty,
5. zgadzamy się, iż w przypadku: (a) ujawnienia w/w okoliczności, (b) stwierdzenia temperatury podwyższonej lub odmowy jej zbadania, (c) uznania przez lekarza (bezpośrednio przed rozpoczęciem wizyty lub w jej trakcie), że nasz stan zdrowia może wskazywać na infekcję lub inne objawy chorobowe - lekarz ma prawo odmowy świadczenia usługi,
6. jesteśmy świadomi, że złożenie niezgodnych z prawdą oświadczeń może narażać innych pacjentów oraz personel na zakażenie m.in. koronawirusem.

data

podpis pacjenta