

Pakiet zgód i oświadczeń pacjenta – fizjoterapia

Prosimy wypełnić czytelnie drukowanymi literami. Pola nieobowiązkowe można zostawić puste.

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL / data urodzenia

Telefon:

E-mail:

Adres:

Jeśli pacjent małoletni / ubezwłasnowolniony – przedstawiciel ustawowy:

Imię i nazwisko: PESEL: Relacja:

Krótki wywiad zdrowotny (zaznacz odpowiednie):

☐ Ciąża / połóg ☐ Choroby serca ☐ Rozrusznik ☐ Nowotwór ☐ Osteoporoza

☐ Cukrzyca ☐ Hemofilia ☐ Padaczka ☐ Stany zapalne / gorączka

Inne istotne informacje / przeciwwskazania:

Alergie / leki:

Cel wizyty / dolegliwości:

Świadoma zgoda na badanie i terapię fizjoterapeutyczną

Potwierdzam, że otrzymałem(am) zrozumiałą informację o planowanym badaniu i możliwych metodach terapii (np. terapia manualna, ćwiczenia, kinesiotaping, proste zabiegi fizykalne), spodziewanych korzyściach, typowych dolegliwościach po zabiegu (np. tkliwość, przejściowe nasilenie objawów) oraz przeciwwskazaniach. Miałem(am) możliwość zadawania pytań.

SOCHAMED

Fizjoterapia i masaż,
ambulatoryjna opieka zdrowotna.
ul. Świętego Jacka 53A, 52-116 Iwiny

prowadzona przez SOCHA.pl sp. z o.o.
ul. Marsz. Józefa Piłsudskiego 74/320, 50-020 Wrocław
NIP 8992982765, KRS 0001081796, REGON 527478073

Wyrażam zgodę na:

☐ badanie fizjoterapeutyczne

☐ realizację planu terapii uzgodnionego z fizjoterapeutą

☐ modyfikację technik w trakcie procesu leczenia, jeśli będzie to uzasadnione medycznie

(Jeśli pacjent ma ≥ 16 lat – wymagana zgoda wspólna pacjenta i przedstawiciela ustawowego; jeśli < 16 lat – zgoda przedstawiciela ustawowego.)

Upoważnienia (dobrowolne, ale praktyczne)

Udzielam upoważnienia następującym osobom do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i świadczeniach:

1) Imię i nazwisko tel. Relacja

2) Imię i nazwisko tel. Relacja

oraz do odbioru kopii mojej dokumentacji medycznej:

1) Imię i nazwisko tel. Relacja

(Oświadczenie można w każdej chwili zmienić/odwołać.)

Oświadczenie o regulaminie

Potwierdzam zapoznanie się z regulaminem świadczenia usług i cennikiem (egzemplarz w recepcji / link).
Zasady w skrócie: odwołanie wizyty min. 24h przed terminem; spóźnienie > 10 min może skrócić wizytę;
higiena i przeciwwskazania muszą być zgłoszone przed zabiegiem.

Miejscowość i data:

Podpis pacjenta*:

Podpis przedstawiciela ustawowego (jeśli
dotyczy):

*przy małoletnim: podpis pacjenta (≥ 16 lat) i przedstawiciela ustawowego

Klauzula informacyjna RODO (art. 13) – potwierdzenie odbioru

Administrator danych (ADO): SOCHA.pl sp. z o.o., ul. marsz. Józefa Piłsudskiego 74/320, 50-020 Wrocław, NIP 8992982765. **E-mail do kontaktu z ADO:** dariusz@socha.pl **Tel.:** 515 490 505
Inspektor Ochrony Danych: nie powołano.

Cele i podstawy przetwarzania

- Udzielanie świadczeń zdrowotnych i prowadzenie wymaganej dokumentacji medycznej (w tym rejestracja, rozliczenia): art. 6 ust. 1 lit. c RODO (obowiązek prawny) oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO (opieka zdrowotna). Nie wymagamy na to zgody.
- Dochodzenie/obrona roszczeń, zapewnienie bezpieczeństwa IT/placówki (np. kopie zapasowe): art. 6 ust. 1 lit. f RODO (uzasadniony interes).
- Kontakt organizacyjny (np. przypomnienia o wizytach): art. 6 ust. 1 lit. f RODO (możesz wnieść sprzeciw).
- Marketing bezpośredni / publikacja wizerunku – tylko gdy wyrazisz odrębną zgodę: art. 6 ust. 1 lit. a (oraz, gdy dotyczy, art. 9 ust. 2 lit. a). Zgoda jest dobrowolna i odwoływalna w każdym czasie.

Odbiorcy danych

Upoważniony personel i podwykonawcy ADO (np. dostawcy systemów medycznych/IT, serwis księgowy), inni świadczeniodawcy współuczestniczący w leczeniu, ubezpieczyciele, a także podmioty uprawnione na mocy prawa (np. NFZ, sądy/organ nadzoru). Dane nie są profilowane ani poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

Okres przechowywania

Co do zasady 20 lat od końca roku ostatniego wpisu w dokumentacji; wyjątki m.in.: 30 lat (zgon wskutek uszkodzenia ciała/zatrucia lub dane do monitorowania krwi), 10 lat (zdjęcia RTG przechowywane poza dokumentacją), skierowania 5 lub 2 lata – zgodnie z art. 29 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

SOCHAMED

Fizjoterapia i masaż,
ambulatoryjna opieka zdrowotna.
ul. Świętego Jacka 53A, 52-116 Iwiny

prowadzona przez SOCHA.pl sp. z o.o.
ul. Marsz. Józefa Piłsudskiego 74/320, 50-020 Wrocław
NIP 8992982765, KRS 0001081796, REGON 527478073

Twoje prawa

Dostęp do danych i kopii dokumentacji, sprostowanie, ograniczenie przetwarzania; prawo sprzeciwu wobec przetwarzania opartego na uzasadnionym interesie; prawo wycofania zgody (gdy podstawą jest zgoda). Prawo do usunięcia danych może być ograniczone przepisami dot. dokumentacji medycznej. Skargę można wnieść do Prezesa UODO. Podanie danych wymaganych przepisami jest obowiązkowe – w przeciwnym razie nie możemy udzielić świadczenia.

Udostępnianie dokumentacji i informacji osobom trzecim

Masz prawo wskazać osoby upoważnione do informacji o stanie zdrowia i do uzyskiwania kopii dokumentacji oraz odwołać upoważnienie w każdym czasie.

Forma dokumentacji

Prowadzimy dokumentację medyczną zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 6.04.2020 r. (Dz.U. 2020 poz. 666 z późn. zm.).

Potwierdzam otrzymanie klauzuli informacyjnej RODO.

Miejscowość i data: Podpis pacjenta / przedstawiciela: