

.....  
*miejsowość, data*

**ZGODA PRZEDSTAWICIELKI/-LA USTAWOWEJ/-EGO PACJENTKI/-TA\*\*, KTÓRA/-Y  
UKOŃCZYŁA/-YŁ 15. R. Ż. NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH BEZ  
OBECNOCI PRZEDSTAWICIELKI/-LA USTAWOWEJ/-EGO**

Ja, niżej podpisana/-ny ....., nr PESEL:  
....., zam. ....,  
oświadczam, że:

- 1) jestem przedstawicielką/-em ustawową/-ym .....  
(imię i nazwisko pacjentki/-ta), nr PESEL ..... zam.  
....., dalej zwanej/-ego „Pacjentką/-tem”;
- 2) nie zostały mi odebrane ani ograniczone prawa rodzicielskie\* prawa do sprawowania opieki\* prawa do sprawowania kurateli\* w odniesieniu do Pacjentki/-ta;
- 3) wyrażam zgodę na udzielanie Pacjentce/-towi świadczeń zdrowotnych w postaci wszelkich konsultacji lekarskich i badań oferowanych w ramach Centrum Zdrowia FEDERA bez obecności przedstawicielki/-ła ustawowej/-ego lub opiekunki/-na faktycznej/-ego. Wyrażam zgodę na wystawienie na rzecz Pacjentki, w wyniku ww. konsultacji lub badań, recept i/lub skierowań zgodnie z zaleceniami lekarza/-rki. Moja zgoda obowiązuje od dziś do jej odwołania.

.....  
*czytelny podpis przedstawicielki/-ła ustawowej/-ego*

\* Niepotrzebne skreślić.

\*\* Pod pojęciami takimi jak „pacjentka/-ent”, „przedstawicielka/-el ustawowa/-y” itd. rozumiemy osoby o wszystkich tożsamościach płciowych.

### **Informacja o przetwarzaniu danych osobowych**

Zgodnie z art. 13 ust. 1–2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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) (Dz.Urz. UE L 119, s. 1) – dalej jako „RODO” – informujemy, że:

- 1) Administratorem Twoich danych osobowych jest „FUNDACJA NA RZECZ KOBIET I PLANOWANIA RODZINY”, 00-150 Warszawa, ul. Nowolipie 13/15, NIP: 5252875947, REGON: 389928249 („Administrator”);
- 2) Z Administratorem możesz skontaktować się:
  - a. pisemnie na adres: 00-150 Warszawa, ul. Nowolipie 13/15
  - b. e-mailem: centrumzdrowia@federa.pl
  - c. telefonicznie: nr tel. 786 301 426
- 3) Twoje dane osobowe będą przetwarzane:
  - a. w celach zdrowotnych, związanych z udzielaniem Ci świadczeń zdrowotnych – w tym prowadzeniem i udostępnianiem dokumentacji medycznej - na podstawie art. 9 ust. 2 lit h RODO oraz art. 6 ust. 1 lit. c RODO;
  - b. w celu realizacji umowy o wykonanie usługi zawartej w Administratorem – na podstawie art.6 ust. 1 lit. b RODO;
  - c. w celu ochrony przed roszczeniami oraz w celu dochodzenia roszczeń a także w celu zapewnienia bezpieczeństwa osób i mienia – na podstawie prawnie uzasadnionego interesu Administratora, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. f oraz art. 9 ust. 2 lit. f RODO;
  - d. w celach marketingowych oraz innych niewymienionych w lit. a i b – na podstawie Twojej zgody, zgodnie z art. 6 ust 1 lit. a RODO;
- 4) Podanie przez Ciebie danych osobowych w przypadkach wskazanych w pkt. 3 lit. a.-c. jest dobrowolne, ale konieczne dla skorzystania z usług świadczonych przez Administratora.
- 5) Twoje dane osobowe mogą zostać przekazane innym podmiotom wyłącznie w uzasadnionych przypadkach i z poszanowaniem poufności tych danych. Twoje dane mogą być przekazane:
  - osobom i podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych na zlecenie Administratora (np. innym podmiotom leczniczym, laboratoriom itd. w celu kontynuacji leczenia, wykonania zleconych badań lub udzielenia innych świadczeń zdrowotnych);
  - Ministrowi Zdrowia jako administratorowi danych osobowych przetwarzanych w Systemie Informacji Medycznej w ramach Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych;
  - podmiotom świadczącym usługi hostingowe i teleinformatyczne na rzecz Administratora (np. dostawcy oprogramowania do prowadzenia dokumentacji medycznej oraz dostawcy serwera, na którym przechowywane są dane osobowe);
  - podmiotom współpracującym z Administratorem w zakresie prowadzenia i obsługi systemu rezerwacji wizyt;
  - podmiotom realizującym usługi na rzecz Administratora, w tym usługi psychologiczne oraz usługi w związku z prowadzoną działalnością edukacyjną;
  - osobom upoważnionym przez Ciebie do zasięgania informacji o Twoim stanie zdrowia lub dostępu do dokumentacji medycznej;
  - ubezpieczycielom w przypadku kierowania roszczeń przeciwko Administratorowi;
  - podmiotom świadczącym usługi prawne, księgowo i archiwizacji na rzecz Administratora;
  - organom władzy publicznej i innym organom w zakresie ich ustawowych uprawnień.
- 6) Twoje Dane osobowe mogą być przekazywane do państw trzecich lub do organizacji międzynarodowej. W przypadku przekazywania Twoich danych osobowych poza Europejskim Obszarem Gospodarczym podmioty, które dokonują takiego przetwarzania, zachowują odpowiedni, zgodny ze standardami UE,

stopień ochrony danych m.in. poprzez stosowanie standardowych klauzul umownych przyjętych przez Komisję Europejską. Nie będą przekazywane Twoje dane medyczne, objęte tajemnicą zawodową lub takie, których przekazywanie jest niezgodne z przepisami prawa.

- 7) Administrator nie będzie stosował zautomatyzowanego podejmowania decyzji w sprawie danych osobowych.
- 8) Twoje dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu udzielonych Ci świadczeń lub usług. Dane zawarte w dokumentacji medycznej będziemy przechowywały przez niezbędny okres jej przechowywania wynikający z powszechnie obowiązujących przepisów prawa. W przypadku danych udzielonych na okoliczność udziału w organizowanych warsztatach edukacyjnych, dane przechowywane będą przez okres niezbędny do zapewniania Ci udziału w wydarzeniu oraz na czas jego trwania i ewentualnie okres późniejszy celem rozliczenia organizacji. W przypadku danych związanych z udzielonymi usługami z zakresu psychologii, jak również innymi usługami okotomedycznymi, polegającymi na udzielaniu świadczeń niestanowiących świadczeń zdrowotnych w rozumieniu przepisów prawa polskiego, będziemy przechowywały je do końca okresu przedawnienia roszczeń zgodnie z przepisami prawa. W przypadku danych przetwarzanych na podstawie Twojej zgody, będziemy dane te przetwarzać do czasu zgłoszenia przez Ciebie sprzeciwu wobec przetwarzania danych, wycofania przez Ciebie zgody na ich przetwarzanie, lub gdy z innych przyczyn przetwarzanie tych danych stanie się zbędne. Oświadczenie o cofnięciu zgody na przetwarzanie danych osobowych wymaga jego złożenia w formie pisemnej lub elektronicznej na adres mailowy: [centrumzdrowia@federa.pl](mailto:centrumzdrowia@federa.pl). Sprzeciw może być w dowolnej formie, np. w formie pisemnej lub elektronicznej na adres mailowy: [centrumzdrowia@federa.pl](mailto:centrumzdrowia@federa.pl).
- 9) Przysługuje Ci prawo dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych. Prawo przenoszenia danych osobowych oraz prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych nie dotyczą danych przetwarzanych na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h RODO tj. danych przetwarzanych w celach zdrowotnych, związanych z udzielaniem Ci świadczeń zdrowotnych, w tym danych zawartych w dokumentacji medycznej.
- 10) Podanie danych osobowych stanowi warunek konieczny uczestnictwa w organizowanych przez Administratora wydarzeniach edukacyjnych.
- 11) Przysługuje Ci prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Zapoznałem/-am się z treścią informacji o przetwarzaniu moich danych osobowych.

.....  
(data, czytelny podpis przedstawicielki/-la ustawowej/-ego)

### **Zgoda na udzielenie informacji o stanie zdrowia**

Wyrażam zgodę na udzielanie niżej wymienionym osobom informacji o stanie zdrowia mojego dziecka / podopiecznej/-ego, rozpoznaniu, udzielonych świadczeniach, dających się przewidzieć następstwach ich udzielenia lub zaniechania ich udzielenia, wynikach leczenia oraz rokowaniu:

1. *Imię i nazwisko:* \_\_\_\_\_,  
*adres:* \_\_\_\_\_,  
*nr tel.* \_\_\_\_\_

2. *Imię i nazwisko:* \_\_\_\_\_,  
*adres:* \_\_\_\_\_,  
*nr tel.* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(data, podpis przedstawicielki/-la ustawowej/-ego)

### **Upoważnienie do dostępu do dokumentacji medycznej**

Upoważniam niżej wymienione osoby do dostępu do mojej dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia mojego dziecka / podopiecznej/-ego oraz świadczeń zdrowotnych.

1. *Imię i nazwisko:* \_\_\_\_\_,  
*adres:* \_\_\_\_\_,  
*nr tel.* \_\_\_\_\_

2. *Imię i nazwisko:* \_\_\_\_\_,  
*adres:* \_\_\_\_\_,  
*nr tel.* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(data, podpis przedstawicielki/-la ustawowej/-ego)