\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Formularz świadomej zgody rodzica / opiekuna prawnego na udział niepełnoletniego**

**w oddziaływaniu terapeutycznym, psychiatrycznym, psychologicznym, pedagogicznym,**

**diagnostycznym**

IMIĘ I NAZWISKO **NIEPEŁNOLETNIEGO:** ……………………………………………………………………………………………….

PESEL: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 ADRES ZAMIESZKANIA: ……………………………………………………………………………………………………………………….

IMIĘ I NAZWISKO **OPIEKUNA PRAWNEGO/ RODZICA** PACJENTA NIEPEŁNOLETNIEGO:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

PESEL: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

ADRES ZAMIESZKANIA: ……………………………………………………………………………………………………………………….

TELEFON KONTAKTOWY **OPIEKUNA PRAWNEGO/ RODZICA** PACJENTA NIEPEŁNOLETNIEGO:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Ja niżej podpisany(a), jako rodzic/opiekun prawny, wyrażam zgodę na udzielanie mojemu

niepełnoletniemu dziecku/podopiecznemu świadczeń w zakresie - terapeutycznym,

psychologicznym, środowiskowym, diagnostycznym w poradni działającej w ramach Samodzielnego

Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Tarczynie (SPZOZ w Tarczynie). Jednocześnie

potwierdzam, że zostałem poinformowany o fakcie, że prowadzenie oddziaływań terapeutycznych/

psychologicznych/środowiskowych/ diagnostycznych u dziecka niepełnoletniego, lecz powyżej 16

roku życia, jak i dziecka poniżej 18 roku życia, wymaga zgody niepełnoletniego.

2. Oświadczam, że:

□ posiadam upoważnienie do działania w zakresie wyrażenia świadomej zgody

na leczenie niepełnoletniego od drugiego rodzica/opiekuna prawnego.

□ posiadam wyłączne uprawnienie do wyrażenia zgody na leczenie niepełnoletniego

w pełnym zakresie.

3. Zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000) oraz z Rozporządzeniem Europejskim i Rady (UE) 2016/6789 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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. U. UE. L. 2016.119.1) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych mojego dziecka/podopiecznego dla potrzeb SPZOZ w Tarczynie, ul. Warszawska 42, NIP:797679015, REGON 671987015, RPWDL 000000009255.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA CZYTELNY PODPIS

Szanowny Pacjencie!

Zgodnie z rozporządzeniem 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016, z późn. zm.), **informujemy:**

**Administratorem Państwa danych osobowych** jest:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tarczynie, z siedzibą w Tarczynie, przy ul. Warszawskiej 42, 05-555 Tarczyn.

**Inspektorem Ochrony Danych (IOD)** jest: Pan Marcin Jarosiński

W sprawach związanych z Pani/a danymi osobowymi prosimy kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych (IOD):

* telefonicznie: (od poniedziałku do piątku w godz.: 8:00-15:00) pod numer tel.: +48 505 221 882
* e-mailowo: pod adresem: jarosinski76@gmail.com

**Celem przetwarzania danych osobowych** jest:

Ochrona stanu zdrowia, świadczenie usług medycznych, leczenie przez osoby trudniące się zawodowo leczeniem lub świadczeniem innych usług medycznych, zarządzanie udzielaniem usług medycznych w SPZOZ w Tarczynie.

**Udostępniamy dane osobowe**:

Organom upoważnionym na podstawie przepisów prawa oraz osobom upoważnionym przez Pacjenta

do dostępu do dokumentacji medycznej.

**Dane będą przechowywane**:

Jedynie przez okres niezbędny do prawidłowego świadczenia usług i wynikający z przepisów prawa.

**Podstawa prawna przetwarzania danych wynika w szczególności z:**

* Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów i zakresu

dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania

* Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej
* Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

oraz ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów

* Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

Posiadacie Państwo prawo do dostępu do swoich danych, prawo ich poprawiania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do kontroli przetwarzanych danych osobowych jak i wniesienia skargi do organu nadzorczego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA CZYTELNY PODPIS

**Ważne informacje!**

1. Powyższa zgoda może być w każdej chwili przez Państwa odwołana.

2. W sytuacji, gdy będzie tego wymagał problem do terapii zostaną włączeni rodzice.