

<b>Imię i nazwisko pacjenta</b>	
<b>PESEL</b>	
<b>Adres zamieszkania</b>	

I. **OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na proponowane mi leczenie i objęcie mnie opieką przez Hospicjum Stacjonarne Centrum Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła II.
2. Zapoznałem/łam się z Prawami Pacjenta.
3. Nie zataiłem/łam informacji istotnych dla procesu leczenia.
4. Jestem ubezpieczony/a w Oddziale NFZ 14
5. Nie posiadam przy sobie rzeczy wartościowych
6. Wyrażam zgodę na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty informacji dot. planowanych wizyt, przyjęć na oddział jak również informacji o działalności Olsztyńskiego Stowarzyszenia Hospicyjnego „Palium”.

.....  
**podpis opiekuna faktycznego**

.....  
**podpis pacjenta**

II. **UPOWAŻNIENIE**

1. Upoważniam / ~~nie upoważniam nikogo\*~~ do udzielenia informacji o stanie mojego zdrowia następującym osobom:

- 1) .....  
 imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, numer telefonu
- 2) .....  
 imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, numer telefonu

2. Upoważniam / ~~nie upoważniam nikogo\*~~ do udostępniania dokumentacji medycznej ~~za życia~~ / za życia i po mojej śmierci\* następującym osobom:

- 1) .....  
 imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, numer telefonu

3. Upoważniam / ~~nie upoważniam nikogo\*~~ do odbioru rzeczy wartościowych pozostawionych przeze mnie w depozycie Hospicjum w razie śmierci:

- 1) .....  
 imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, numer telefonu

.....  
**podpis pacjenta**

Pacjent ze względu na swój stan kliniczny nie jest w stanie ~~wyrazić woli~~ / wyrazić woli na piśmie\*

Pacjent wyraził wolę .....

.....  
 czytelny podpis osoby zbierającej wywiad

.....  
 podpis opiekuna faktycznego

\*Niepotrzebne skreślić

Olsztyńskie Stowarzyszenie Hospicyjne „Palium” informuje, iż siedziba Olsztyńskiego Stowarzyszenia Hospicyjnego „Palium” objęta jest monitoringiem wizyjnym, który obejmuje wejście na oddział, rejestrację, punkt przygotowania leków, ciągi komunikacyjne. Wszelkie informacje dotyczące zasadności i sposobu przetwarzania danych osobowych w ramach monitoringu wizyjnego dostępne są w punkcie pielęgniarskim

## **INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

Na podstawie art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 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) – dalej RODO, informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Olsztyńskie Stowarzyszenie Hospicyjne „Palium”, ul. Wojska Polskiego 30, 10-229 Olsztyn. Z Administratorem może się Pani/Pan skontaktować poprzez adres e-mail: [hospicjum\\_olsztyn@o2.pl](mailto:hospicjum_olsztyn@o2.pl), telefonicznie: 89 532 61 73 lub pisemnie na adres siedziby Administratora.

2. Administrator Danych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym może się Pani/Pan kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych, w następujący sposób: e-mail: [iod.hospicjum.olsztyn@gmail.com](mailto:iod.hospicjum.olsztyn@gmail.com), telefon: +48 570 009 707 lub pisemnie na adres siedziby Administratora.

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych, zarządzania udzielaniem tych usług oraz leczenia.

4. Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane na podstawie 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej, ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej i inne.

5. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą:

- ✓ podmioty przetwarzające dane na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych zawartej ze Stowarzyszeniem,
- ✓ podmioty uprawnione do tego na mocy innych przepisów powszechnie obowiązujących, które wskażą podstawę prawną i interes prawny.

6. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych.

7. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów, określonych w pkt 3 (w tym dochodzenia lub obrony roszczeń), a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.

8. Posiada Pani/Pan prawo do żądania dostępu do swoich danych osobowych (art. 15 RODO), ich sprostowania (art. 16 RODO), usunięcia (art. 17 RODO) lub ograniczenia przetwarzania (art. 18 RODO), wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych (art. 21 RODO) oraz przenoszenia danych (art. 20 RODO).

9. Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych, tj. Biuro Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO), ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, telefon: 22 531 03 00.

10. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i niezbędne do wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze.

11. Administrator nie będzie podejmował wobec Pani/Pana zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

Zapoznałam/łem się dnia .....

(podpis)