

Formularz wniosku o wydanie dokumentacji medycznej:

Proszę o wydanie kopii mojej dokumentacji medycznej z leczenia w Centrum Psychoterapii i Psychosomatyki Mental Path Rzeszów.

Data:

.....

Dokumentacja dotyczy pacjenta (imię i nazwisko)

.....

PESEL pacjenta

.....

Kod pocztowy

.....

Miejscowość

.....

Ulica

.....

Nr. budynku Nr. lokalu

Proszę wskazać rodzaj dokumentacji oraz zakres czasowy:

.....

- Proszę o wysłanie kopii dokumentacji pocztą tradycyjną listem poleconym na adres:

.....

- Proszę o wysłanie kopii dokumentacji medycznej pocztą elektroniczną na adres e-mail:

.....

Czytelny podpis osoby ubiegającej się o kopię dokumentacji:

.....

RODO:

Zgodnie z art. 7. ust. 2 i art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z kwietnia 27 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) (RODO) wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Mental Path Group sp. z o.o. NZOZ Centrum Psychoterapii i Psychosomatyki z siedzibą przy ul. Tadeusza Boya-Zeleńskiego 2, 35-105 Rzeszów (zwaną także: Centrum Psychoterapii i Psychosomatyki, Administrator).

Zostałem poinformowana/ny, iż Administratorem moich danych osobowych jest Mental Path Group sp. z o.o. Centrum Psychoterapii i Psychosomatyki z siedzibą w ul. Tadeusza Boya-Zeleńskiego 2, 35-105 Rzeszów. Numer NIP 5213912615 oraz numer REGON 387553489 email: rzeszow@mentalpath.pl Z administratorem można się skontaktować pisemnie, za pomocą poczty tradycyjnej na adres: Centrum Psychoterapii i Psychosomatyki z siedzibą przy ul. Tadeusza Boya-Zeleńskiego 2, 35-105 Rzeszów lub drogą mailową rzeszow@mentalpath.pl

Moje dane osobowe będą przetwarzane w szczególności w celu komunikacji, korzystania z usług medycznych Centrum Psychoterapii i Psychosomatyki, dokumentowania mojego stanu zdrowia i udzielanych świadczeń oraz za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dotyczących planowanych wizyt, jak również informacji o medycznej działalności Centrum Psychoterapii i Psychosomatyki, a także na podstawie art. 23 i n. ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Odbiorcą moich danych osobowych mogą być podmioty wymienione w art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz przepisach ustaw szczególnych. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.

Zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie. Jednocześnie oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że przysługuje mi możliwość wycofania udzielonej zgody w każdym czasie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem (z zastrzeżeniem zasad gromadzenia i przetwarzania danych w dokumentacji medycznej, o których mowa w rozdziale 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz przepisach ustaw szczególnych). Poinformowano mnie również, że moje dane osobowe będą przechowywane przez okresy, o których mowa w art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz przepisach ustaw szczególnych. Udzielono mi także informacji o dobrowolności podania wszelkich danych, prawie do wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania, jak również o prawie wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Wszelkie nieprawidłowości związane z naruszeniem Państwa danych osobowych można kierować pod adres mailowy: rzeszow@mentalpath.pl.

Czytelny podpis osoby ubiegającej się o kopię dokumentacji:

.....