

## KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH

### Podstawa prawna:

art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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)

### I. Administrator danych osobowych

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:

Centrum Rehabilitacji im. Prof. Mieczysława Walczaka w Osiecznej, ul. Zamkowa 2, 64-113 Osieczna, KRS 0000012233, NIP 6971885702, REGON 410386551

### II. Inspektor Ochrony Danych

Renata Bazanowska – Kurpiak tel. 607 790 933

Mariusz Maćkowiak tel. 693 838 300

### III. Cel i podstawy przetwarzania

Celem przetwarzania Pani/Pana danych osobowych, w tym danych osobowych dotyczących zdrowia (35 motyw preambuły RODO), jest świadczenie usług zdrowotnych

Podstawa ustawowa przetwarzania ( art. 6 ust. 1 lit. c RODO):

art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. 2018, poz. 160)

art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 05.12.1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty ( tj. Dz. U. 2018, poz. 617)

rozdział 7 ustawy z dnia 06.11.2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta ( tj. Dz. U. 2017, poz. 1318)

rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 09.11.2015r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2015, poz. 2069)

### IV. Odbiorcy danych

Zgodnie z art. 26 ustawy z dnia 06.11.2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta ( tj. Dz. U. 2017, poz. 1318), podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.

Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym.

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną również:

- podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;

- organom władzy publicznej, w tym Rzecznikowi Praw Pacjenta, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności nadzoru i kontroli;

- podmiotom, o których mowa w art. 119 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia;

- upoważnionym przez podmiot, o którym mowa w art. 121 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, osobom wykonującym zawód medyczny, w zakresie niezbędnym do sprawowania nadzoru nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą;

- ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuratorom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;

- uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;

- organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;

- podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;

- zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta;

- komisjom lekarskim podległym ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, wojskowym komisjom lekarskim oraz komisjom lekarskim Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Agencji Wywiadu, podległym Szefom właściwych Agencji;

- osobom wykonującym zawód medyczny, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia albo procedury uzyskiwania innych certyfikatów jakości, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia;

- wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1, w zakresie prowadzonego postępowania;

- spadkobiercom w zakresie prowadzonego postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1;

- osobom wykonującym czynności kontrolne na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia;

Dokumentacja medyczna może być udostępniona także szkole wyższej lub instytutowi badawczemu do wykorzystania w celach naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.

Elektroniczna dokumentacja medyczna, o której mowa w art. 2 pkt 6 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, jest udostępniana na zasadach określonych w przepisach tej ustawy.

### V. Przekazywanie danych do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane poza teren Polski/UE.

### VI. Okres przechowywania danych

zgodnie z art. 29 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych przechowuje dokumentację medyczną przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem:

1) dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon;

1a) dokumentacji medycznej zawierającej dane niezbędne do monitorowania losów krwi i jej składników, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu;

2) zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie;

3) skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres:

a) 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia lekarza,

b) 2 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wystawiono skierowanie - w przypadku gdy świadczenie zdrowotne nie zostało udzielone z powodu niezgłoszenia się pacjenta w ustalonym terminie, chyba że pacjent odebrał skierowanie;

4) dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2. roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat.

2. Po upływie okresów wymienionych w ust. 1 podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych niszczy dokumentację medyczną w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła. Dokumentacja medyczna przeznaczona do zniszczenia może być wydana pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta.

3. Po upływie okresów, o których mowa w ust. 1, do postępowania z dokumentacją medyczną będącą materiałem archiwalnym w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2016 r. Poz. 1506 i 1948 oraz z 2017 r. poz. 1086), stosuje się przepisy wydane na podstawie art. 5 ust. 2 i 2b tej ustawy.

### VII. Prawa osoby, której dane dotyczą

1. Prawo dostępu do danych oraz otrzymywania ich kopii,
2. Prawo do sprostowania/poprawiania danych - z uwzględnieniem przywołanych wyżej przepisów prawa,
3. Prawo do usunięcia danych – z uwzględnieniem przywołanych wyżej przepisów prawa,
4. Prawo do ograniczenia przetwarzania danych - z uwzględnieniem przywołanych wyżej przepisów prawa,
5. Prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania - z uwzględnieniem przywołanych wyżej przepisów prawa,
6. Prawo do przeniesienia danych -z uwzględnieniem przywołanych wyżej przepisów prawa,
7. Prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.

### VIII. Informacja o wymogu dobrowolności podania danych

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia jest wymogiem ustawowym wynikającym z ustawy o działalności leczniczej oraz ustawy o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.