**INFORMACJA O PRAWACH PACJENTA**

**I przetwarzaniu danych osobowych**

1. Niniejszym pragniemy poinformować iż przetwarzamy Pana/Pani dane osobowe. Administratorem Danych Osobowych jest : Dentim Sp. z o.o.
2. W celu udzielania świadczeń leczniczych na podstawie obowiązku wynikającego z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069), oraz ustawy z dnia 6 listo- pada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz. U. z 2016 r. poz. 186 z późn. zm.), będziemy przetwarzać Pana / Pani dane osobowe z następujących kategorii :
3. Podstawowe dane identyfikacyjne : imię i nazwisko, data urodzenia, oznaczenie płci, PESEL, adres zamieszkania , telefon, e-mail
4. Dane dotyczące zdrowia , ( diagnostyka oraz leczenie w tym zdjęcia fotograficzne i RTG )
5. Nagrania wideo - z monitoringu wizyjnego
6. Nagrania głosu - z monitoringu telefonicznego
7. Pana / Pani dane możemy udostępnić następującym kategoriom podmiotów :

* Księgowym - w zakresie wystawionych rachunków za leczenie
* Laboratorium protetycznemu - w zakresie przekazania zlecenia o wykonanie pracy protetycznej na Terenie RP oraz poza teren Polski / UE/ Europejskiego Obszaru Gospodarczego.

1. Pana/Pani dane pozyskane w celu udzielania świadczeń leczniczych przechowujemy przez okres 20 lat. W przypadku osób nieletnich 22 lata.
2. Nagrania z monitoringu zachowywane są przez okres 3 miesięcy.
3. Panu / Pani przysługują prawa :

* Uzyskania potwierdzenia czy przetwarzamy Pana/Pani dane osobowe a jeżeli ma to miejsce do uzyskania dostępu do tych danych po weryfikacji tożsamości
* Prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii, po weryfikacji tożsamości
* Do nieodpłatnej pierwszej kopii przetwarzanych danych, wydanie kolejnych kopii jest odpłatne,
* Do informacji o przedłużeniu ponad jeden miesiąc terminu na rozpatrzenie żądania osoby
* O tym iż obiekt jest monitorowany i odbywa się monitoring wizyjny oraz dźwiękowy jak również przy wejściu na teren jednostki znajduje się tabliczka informująca o monitoringu wizyjnym
* O planowanej zmianie celu przetwarzania , przy innym celu niż udzielanie świadczeń leczniczych
* Prawo do sprostowania ( poprawienia ) swoich danych
* Prawo Pacjenta do bycia zapomnianym nie znajduje zastosowania wobec danych osobowych przetwarzanych na podstawie art.9 ust.2 lit.h RODO w szczególności wobec przetwarzania danych w ramach dokumentacji medycznej przez cały wymagany okres archiwizacji zgodny z art. 29 ust.1 ustawy o prawach pacjenta w zw. Z art. 17 ust.3 lit.b RODO
* W przypadku gdy dane przetwarzane są na podstawie zgody pacjenta ( udzielonej w innym celu niż udzielanie świadczeń leczniczych ), możecie Państwo zrealizować prawo do bycia zapomnianym w zakresie celu określonego w tej zgodzie.
* Prawo do ograniczenia przetwarzania danych nie ma zastosowania w odniesieniu do Pana/ Pani danych osobowych przetwarzanych w celach udzielania świadczeń medycznych w szczególności w ramach dokumentacji medycznej możemy przetwarzać dane w dotychczasowym zakresie albowiem mogłoby to istotnie utrudnić realizację tego celu.
* Prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych ; W każdej chwili może Pan/Pani cofnąć zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych, edukacyjnych, naukowych, reklamowych - o ile takiej zgody Pan/Pani nam udzielili pisemnie.Cofnięcie zgody nie będzie wpływać na zgodność z prawem przetwarzania , którego dokonaliśmy na podstawie Pana/Pani zgody przed wycofaniem.
* Udostępnienia dokumentacji medycznej na zasadach określonych w art 26 i 27 ustawy z dnia 6 listo- pada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz. U. z 2016 r. poz. 186 z późn. zm.).
* Prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego ; Jeżeli Pan/ Pani uważa , że przetwarzamy Twoje dane osobowe niezgodnie z prawem, może złożyć skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych .
  + 1. Weryfikacji tożsamości dokonuje się poprzez kontrolę okazanego przez Pana/Panią dokumentu potwierdzającego tożsamość zawierającego co najmniej zdjęcie, imię i nazwisko oraz PESEL lub w przypadku jego braku inny dokument jednoznacznie identyfikujący Pacjenta. Dokumentem potwierdzającym tożsamość jest w szczególności: dowód osobisty, legitymacja studencka, prawo jazdy, paszport. Możemy utrwalić informację o weryfikacji poprzez wpisanie do dokumentacji :daty dokonania weryfikacji tożsamości; oraz dokumencie, na podstawie którego została ona dokonana, z jednoczesnym wskazaniem numeru/identyfikatora tego dokumentu (np. numer i seria dowodu osobistego).
    2. W przypadku, jeżeli w imieniu Pacjenta małoletniego występuje przedstawiciel ustawowy, to tożsamość Pacjenta może być potwierdzona również przez przedstawiciela ustawowego w drodze oświadczenia i okazania dowodu tożsamości przedstawiciela ustawowego .Może my utrwalić informację o dacie dokonania weryfikacji oraz dokumencie przedstawiciela ustawowego, na podstawie którego została ona dokonana.
    3. W celu wykonania Pana/ Pani praw proszę o skierowanie żądani pod adres e-mail : [biuro@dentim.pl](mailto:biuro@dentim.pl) lub zadzwoń pod numer : 796-478-732. Proszę pamiętać że przed realizacją Pana/Pani żądania będziemy musieli upewnić się czy żądanie na pewno pochodzi od Pana/ Pani czyli będzie musie Pana/Panią zidentyfikować pytając o dane które wyłącznie Pan/Pani zna. Jeżeli weryfikacja Pana/Pani tożsamości nie zostanie pomyślnie przeprowadzona będziemy musieli prosić Pana/Panią o osobiste odwiedzenie naszej jednostki w celu potwierdzenia żądania i prawidłowej identyfikacji , dopiero wówczas Pana/Pani żądanie będzie podlegało realizacji.

1. Jeżeli chcesz by w kontaktach z Panem / Panią w zakresie danych dotyczących zdrowia i udzielanych świadczeń leczniczych korzystali z e-maila , prosimy o wpisanie właściwego adresu e-mail

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. Rozumiemy iż jest to e-mail z którego Pan/Pani wyłącznie korzysta. Informujemy iż dane medyczne mogą być przesyłane wyłącznie w formie szyfrowanej.

1. Czy Pan/Pani wyraża zgodę na przesyłanie drogą e-mailową informacji szyfrowanych

TAK - wyrażam zgodę NIE - nie wyrażam zgody

1. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym wynikającym z §1 i §2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069), oraz z art.25 i 24 ustawy z dnia 6 listo- pada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz. U. z 2016 r. poz. 186 z późn. zm.).
2. Jeżeli Pan/Pani nie podadzą danych osobowych nie będziemy mogli udzielić Panu/Pani świadczeń leczniczych.
3. Zgoda pisemna na przetwarzanie danych osobowych w celu reklamowym, marketingowym , edukacyjnym lub naukowym jest dobrowolna .
4. Zapoznałam/łem się z informacją o przetwarzaniu Moich danych osobowych w dniu ………………………………….

Imię i nazwisko : ……………………………………………..