

**Ośrodek Działalności Leczniczej**

**Caritas Archidiecezji Warszawskiej**

ul. Krakowskie Przedmieście 62, 00-322 Warszawa

tel.: +48 (22) 635 74 04 wew. 243 lub 237

tel.: +48 (22) 826 02 29

e-mail: warszawa@caritasaw.pl, www.caritasaw.pl

**Formularz rejestracji danych pacjenta**

**(składany przez osobę trzecią - opiekun prawny, opiekun faktyczny, osoba bliska, pełnomocnik)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Nazwisko osoby zgłaszanej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Imię (imiona) osoby zgłaszanej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Nazwisko rodowe osoby zgłaszanej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Numer PESEL osoby zgłaszanej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Rodzaj i nr dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby zgłaszanej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Data urodzenia osoby zgłaszanej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| rok  |  |  |  |  | miesiąc |  |  | dzień |  |  |

 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Miejsce urodzenia osoby zgłaszanej (miejscowość)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

|  |
| --- |
| 1. **Miejsce zamieszkania/zameldowania osoby zgłaszanej**
 |
| Województwo |
| Miejscowość z kodem pocztowym  |
| Ulica, nr domu |
| 1. **Dane ubezpieczenia osoby zgłaszanej**
 |
| Rodzaj dokumentu |
| Nr legitymacji/ dokumentu ubezpieczenia zdrowotnego |
| Organ wydający |
| Data wystawienia | Data ważności |
| Adnotacje |

Dane statystyczne wymagane zgodnie z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2023 r. (Dz. U. poz. 2734)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Imiona i nazwiska rodziców osoby zgłaszanej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

|  |
| --- |
| 1. **Wykształcenie (proszę zaznaczyć X)**
 |
| 1. Wyższe
 |  | 5. Gimnazjalne |  |
| 1. Policealne
 |  | 6. Podstawowe |  |
| 1. Średnie
 |  | 7. Niepełne podstawowe |  |
| 1. Zasadnicze zawodowe
 |  | 8. Nieokreślone |  |

|  |
| --- |
| 1. **Stan cywilny (proszę zaznaczyć X)**
 |
| 1. Kawaler
 |  | 5. Panna |  |
| 1. Żonaty
 |  | 6. Zamężna |  |
| 1. Rozwiedziony
 |  | 7. Rozwiedziona |  |
| 1. Wdowiec
 |  | 8. Wdowa |  |

Imię i nazwisko osoby zgłaszającej: ……………………………………………………..

występującej jako: opiekun prawny, opiekun faktyczny, osoba bliska, pełnomocnik pacjenta (niewłaściwe skreślić)

Nr tel. do kontaktu: ...……………………………...…………………………………...…

Oświadczam, że powyższe dane przekazuję ze względu na ochronę żywotnych interesów pacjenta, gdyż jest on niezdolny do samodzielnego działania.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Caritas Archidiecezji Warszawskiej z siedzibą w Warszawie, ul. Krakowskie Przedmieście 62, 00-322 Warszawa, w celu przyjęcia ww. pacjenta do Ośrodka Działalności Leczniczej. Wiadomo mi, iż mam prawo dostępu do treści przekazanych danych i możliwość ich poprawiania oraz, że moja zgoda może być wycofana w dowolnym momencie. Oświadczam, że podane dane są prawdziwe oraz, że otrzymałam/em i zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych przez Caritas AW, a moja zgoda została wyrażona dobrowolnie.

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

miejscowość, data czytelny podpis osoby zgłaszającej/pacjenta

*dla osoby zgłaszającej pacjenta*

**Informacja o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych**

Zgodnie z art. 14 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 osobowych – RODO) informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Caritas Archidiecezji Warszawskiej
z siedzibą w Warszawie, ul. Krakowskie Przedmieście 62, 00-322 Warszawa, dane kontaktowe – tel. 22/8281815, e-mail: warszawa@caritasaw.pl.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w Caritas Archidiecezji Warszawskiej na adres e-mail: odo@caritasaw.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu pozyskania danych pacjenta, w związku z prowadzoną działalnością leczniczą przez Caritas AW i inną niezbędną do świadczenia tych usług oraz utrzymania kontaktu z Pani/Pana osobą w sprawach dotyczących opieki nad pacjentem, na podstawie – Ustawa o działalności leczniczej z dnia 12 kwietnia 2011r., art. 6 ust. 1 lit. a i c RODO.
4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą pracownicy i współpracownicy Administratora w zakresie swoich obowiązków służbowych na podstawie udzielonego im upoważnienia, jak również podmioty uprawnione do uzyskania informacji na podstawie przepisów prawa.
5. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, mogą one być również udostępniane podmiotom przetwarzającym na podstawie umowy powierzenia.
6. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
7. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres pobytu pacjenta w Ośrodku Działalności Leczniczej Caritas AW w Warszawie, a następnie archiwizowane i przechowywane przez ustawowy okres czasu lub do czasu wycofania przez Panią/Pana zgody.
8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, w przypadku wyrażenia zgody prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania.
9. W przypadku uznania, iż przetwarzanie przez Caritas AW Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
10. Podanie przez Panią/ Pana danych osobowych jest warunkiem realizacji zadań statutowych Caritas AW wobec zgłoszonego pacjenta. Jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania, a konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości udzielenia pomocy związanej z działalnością leczniczą prowadzoną przez Caritas AW.
11. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

Klauzulę informacyjną przekazujemy osobie zgłaszającej pacjenta podczas pozyskiwania danych osobowych (art. 14 pkt 1 RODO).

 …………………………. ..………………………………………

 miejscowość, data czytelny podpis osoby zgłaszającej pacjenta

*dla pacjenta*

**Informacja o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych**

Zgodnie z art. 13 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 osobowych – RODO) informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Caritas Archidiecezji Warszawskiej
z siedzibą w Warszawie, ul. Krakowskie Przedmieście 62, 00-322 Warszawa, dane kontaktowe – tel. 22/8281815, e-mail: warszawa@caritasaw.pl.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w Caritas Archidiecezji Warszawskiej na adres e-mail: odo@caritasaw.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu zapewnienia opieki zdrowotnej, w związku z prowadzoną działalnością leczniczą przez Caritas AW i inną niezbędną do świadczenia tych usług, na podstawie – Ustawa o działalności leczniczej z dnia 12 kwietnia 2011r., art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. c i h RODO.
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane przez Administratora to dane zwykłe i szczególne dotyczące stanu zdrowia.
5. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą pracownicy i współpracownicy Administratora w zakresie swoich obowiązków służbowych na podstawie udzielonego im upoważnienia, jak również podmioty uprawnione do uzyskania informacji na podstawie przepisów prawa.
6. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, mogą one być również udostępniane podmiotom przetwarzającym na podstawie umowy powierzenia.
7. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
8. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres pobytu w Ośrodku Działalności Leczniczej Caritas AW w Warszawie, a następnie archiwizowane i przechowywane przez ustawowy okres czasu.
9. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu.
10. W przypadku uznania, iż przetwarzanie przez Caritas AW Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
11. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

Klauzulę informacyjną przekazujemy pacjentowi podczas pozyskiwania danych osobowych (art. 13 pkt 1 RODO).

 ………………………………. ..………………………………………

 miejscowość, data czytelny podpis pacjenta