
**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-
LECZNICZEGO/ZAKŁADU PIEŁĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO**

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer PESEL, a w przypadku jego braku- numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis świadczeniobiorcy

.....
(data)

.....
(pieczęć zakładu podmiotu leczniczego)

**SKIEROWANIE DO „ZAKŁADU
PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO
NADZIEJA" S.J. Knurów-Szczygłowice
ul. Parkowa 1A
Tel./Fax.: 32 236 71 67**

Niniejszym kieruję:

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

.....
Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....
Nr telefonu do kontaktu

.....
Nr PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku- numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy

.....
Rozpoznanie w języku polskim według ICD-10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)

.....
Dotychczasowe leczenie

.....
Potrzeba kontynuacji dotychczasowego leczenia (tak/nie*)

.....
Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca**

.....
Przypadek nagły, wynikający ze zdarzeń losowych i uzasadniony stanem zdrowia (tak/nie)*

.....
Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)***

.....
Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)***

- do zakładu pielęgnacyjno-leczniczego/zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego*.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

.....
* Niepotrzebne skreślić

** Jeżeli jest wymagana

*** Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU

OPIEKUŃCZEGO/PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM(1)

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel (2)

Imię i nazwisko
świadczeniobiorcy.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

L/p	Czynność (3)	Wynik (4)
	Spożywanie posiłków: 0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp., lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 = samodzielny, niezależny	
	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie: 0 = nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5 = większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) 10 = mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15 = samodzielny	
	Utrzymanie higieny osobistej: 0 = potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
	Korzystanie z toalety (WC): 0 = zależny 5 = potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10 = niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
	Mycie, kąpiel całego ciała: 0 = zależny 5 = niezależny lub pod prysznicem	
	Poruszanie się po powierzchniach płaskich: 0 = nie porusza się lub < 50 m 5 = niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m 10 = spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 15 = niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m	
	Wchodzenie i schodzenie po schodach: 0 = nie jest w stanie 5 = potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10 = samodzielny	
	Ubieranie się i rozbieranie: 0 = zależny 5 = potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10 = niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.	
	Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu: 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatywy 5 = czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 = panuje, utrzymuje stolec	
	Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego: 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 = czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 = panuje, utrzymuje mocz	
Wynik kwalifikacji (5)		

Wynik oceny stanu zdrowia:

Sywierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga (1) skierowania do zakładu opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym (1)

.....

.....

.....
Data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenie zdrowotnego
albo lekarza zakładu opiekuńczego (6)

.....
data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia
zdrowotnego albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego (6)

-
- (1) Niepotrzebne skreślić
 - (2) Mahoney FI, Barthel D. „Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel”.
Maryland State Med. Journal 1965; 14: 56-61. Wykorzystane za zgodą.
Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.
 - (3) W lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy
 - (4) Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.
 - (5) Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp. 1-10.
 - (6) Dotyczy oceny świadczeniobiorcy, wg skali Barthel, przebywającego w zakładzie opiekuńczym.
-

WYWIAD PIELEGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

WYWIAD PIELEGNIARSKI

1. Dane Świadczeniobiorcy

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer PESEL, a w przypadku jego braku- numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

2. Rozpoznanie problemu z zakresu pielęgnacji (zaznaczyć właściwe, ewentualnie opisać):

a) odżywianie

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- karmienie przez gastrostomię lub zgłębnik.....
- karmienie pacjenta z zaburzonym połykaniem.....
- zakładanie zgłębnika.....
- inne niewymienione.....

b) higiena ciała

-samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- w przypadku pacjenta wentylowanego mechanicznie- toaleta jamy ustnej lub toaleta drzewa oskrzelowego oraz wymiana rurki tracheostomijnej.....
- inne niewymienione.....

c) oddawanie moczu

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- cewnik
- inne niewymienione.....

d) oddawanie stolca

- samodzielny/przy pomocy/ utrudnienia*

- pielęgnacja stomii.....
- wykonywanie lewatyw i irygacji.....
- inne niewymienione.....

e) przemieszczanie pacjenta

- samodzielne/przy pomocy/utrudnienia*

- z zaawansowaną osteoporozą.....
- którego stan zdrowia wymaga szczególnej ostrożności.....
- inne niewymienione.....

f) rany przewlekłe

- odleżyny.....
- rany cukrzycowe.....
- inne niewymienione.....

g) oddychanie wspomagane

h) świadomość pacjenta: tak/nie/z przerwami*.....

i) inne.....

3. Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel/****.....

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć pielęgniarki

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga* skierowania do zakładu opiekunczo-
lecniczego/zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego*.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć lekarza

* Niepotrzebne skreślić

** W przypadkach określonych w art. 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011r. O weteranach wojennych działań poza granicami państwa (Dz. U. Nr 205, poz. 1203) opinia konsultanta ochrony zdrowia, o których mowa w art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. O konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. Z 2009r. Nr 52, poz. 419, z późn. zm.), zastępuje ocenę skalą Barthel.

*** W przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia wpisać „nie ma zastosowania”.

L.p.	Nazwa leku przyjmowanego przez pacjenta w schorzeniach przewlekłych	Postać leku	Dawkowanie
1			
2			
3			

L.p.	Nazwa poradni udzielającej przewlekle ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych pacjentowi***	Nazwa zakładu opieki zdrowotnej udzielającego przewlekle ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych pacjentowi
1		
2		
3		

.....
 Data i podpis, pieczęć pielęgniarki

* niepotrzebne skreślić

** wstawić znak X w odpowiednich pozycjach

***poradnia pod opieką, której znajduje się pacjent

Data

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE
DO ZAKŁADU PIELEGNACYJNO – OPIEKUŃCZEGO**

Nazwisko i imię

Adres zamieszkania

Seria i numer DO, termin ważności

Nr telefonu

Nazwisko i imię opiekuna prawnego lub członka rodziny sprawującego opiekę nad
podopiecznym

Adres zamieszkania opiekuna.....

Nr telefonu opiekuna

.....
Podpis pacjenta

Oświadczenie pacjenta

Imię i nazwisko:

PESEL:

1) Niniejszym upoważniam (*):

Panią/Pana (imię i nazwisko):,

adres zamieszkania:,

tel.:

do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach medycznych.

2) Nie upoważniam żadnej osoby do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach medycznych. (*)

.....
data i podpis pacjenta

1) Niniejszym upoważniam (*):

Panią/Pana (imię i nazwisko):,

adres zamieszkania:,

tel.:

do uzyskania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci.

2) Nie upoważniam żadnej osoby do uzyskania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci .
(*)

.....
data i podpis pacjenta

(*) niepotrzebne skreślić

UWAGI:

.....
.....
.....
.....

.....
Miejscowość, data

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a.....
(imię i nazwisko)

wyrażam zgodę na potrącanie z mojego świadczenia emerytalnego (rentowego)

.....
(numer świadczenia)

opłaty za pobyt w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym „Nadzieja” s.j. w Knurowie zgodnie z Ustawą o działalności leczniczej z dnia 15.04.2011r. (Dz. U. Nr 112, poz.654 z późn. zm.).

.....
(Podpis osoby składającej oświadczenia)

INFORMACJE DLA OSÓB UBIEGAJĄCYCH SIĘ O PRZYJĘCIE DO ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO- OPIEKUŃCZEGO „NADZIEJA” S. J. W KNUROWIE

I. WARUNKI PRZYJĘCIA

Do zakładu pielęgnacyjno - opiekuńczego może zostać przyjęty pacjent, wymagający całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych, z rozpoznaniem choroby przewlekłej, który w ocenie wg skali Barthela uzyskał od 0 do 40 pkt.

Przeciwwskazania do przyjęcia:

1. stany chorobowe wymagające całodobowej opieki lekarskiej lub hospitalizacji (nie prowadzimy całodobowych dyżurów lekarskich oraz nie diagnozujemy chorych – bazujemy na wcześniej postawionej diagnozie),
2. terminalna faza choroby nowotworowej (w przypadku remisji choroby nowotworowej dołączyć aktualną konsultację onkologiczną),
3. współistniejąca choroba zakaźna (w przypadku przebytej gruźlicy dołączyć aktualną konsultację pulmonologiczną oraz RTG płuc),
4. zaburzenia i choroby psychiczne (za wyjątkiem pacjentów, dla których lekarz psychiatra wystawił zaświadczenie o braku przeciwwskazań do umieszczenia w zakładzie pielęgnacyjno - opiekuńczego o charakterze ogólnym)
5. uzależnienie

II. PROCEDURA PRZYJĘCIA

1. Złożenie do ZPO “Nadzieja”:

- skierowania na leczenie, wydanego przez lekarza kierującego (wyłącznie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego),
- zaświadczenia lekarskiego wydanego przez lekarza kierującego (wyłącznie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego),
- wywiadu pielęgnacyjnego przeprowadzonego przez pielęgniarkę środowiskową,
- karty kwalifikacyjnej pacjenta do udzielenia świadczeń w ZPO,
- dokumentu stwierdzającego wysokość dochodu osoby ubiegającej się o skierowanie (decyzja ZUS) albo osoby zobowiązanej do ponoszenia odpłatności za pobyt w ZPO (decyzja rentowa, emerytalna, stały zasiłek OPS),
- kserokopii kart informacyjnych z leczenia szpitalnego, konsultacji specjalistycznych (w przypadku ran, odleżyn dołączyć konsultację chirurgiczną oraz wymaz bakteriologiczny)

2. Otrzymanie decyzji o przyjęciu po pozytywnym rozpatrzeniu wniosku. O terminie przyjęcia zawiadamiamy pisemnie lub telefonicznie.

3. Długość pobytu ustala lekarz indywidualnie dla każdego pacjenta (pobyt w ZPO jest czasowy - nie zapewnia się pobytu stałego).

DRUKI NALEŻY WYPEŁNIAĆ DOKŁADNIE I CZYTELNIE POD RYGOREM ODMOWY ROZPATRZENIA
W przypadku chorych nie mogących świadomie wyrazić zgody na umieszczenie w Zakładzie

konieczne jest uzyskanie postawienia Sądu o umieszczeniu w Zakładzie bez zgody pacjenta. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej do zgody na umieszczenie w Zakładzie należy dołączyć postanowienie Sądu o ubezwłasnowolnieniu i ustanowieniu opiekuna prawnego.

Wnioski prosimy kierować do zakładu listownie na adres korespondencyjny "ZAKŁAD PIELĘGNACYJNO – OPIEKUŃCZY NADZIEJA" 44-193 KNURÓW UL. PARKOWA 1A bądź składać osobiście.

W przypadku rezygnacji prosimy o telefoniczne poinformowanie Zakładu pod numerem telefonu: (32) 236 71 67.

III. FINANSOWANIE ŚWIADCZEŃ W ZAKŁADZIE.

Finansowanie świadczeń medycznych:

- koszty leczenia i rehabilitacji ubezpieczonych pacjentów pokrywa Śląski Oddział Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach.
- koszty wyżywienia i zakwaterowania pokrywa pacjent na zasadach określonych w Ustawie o działalności leczniczej z dnia 15.04.2011r. (Dz. U. Nr 112, poz.654 z późn. zm.);(tj. 70% otrzymanego świadczenia – renty czy emerytury).

IV. INFORMACJA DLA RODZINY PACJENTA

W dniu przyjęcia należy złożyć w ZPO: dowód osobisty, legitymację emeryta – rencisty, dowód ubezpieczenia.

Wyprawka pacjenta:

1. Rzeczy osobiste:

- odzież całodzienna (5 zestawów)
- bielizna dzienna (5 zestawów)
- bielizna nocna (5 zestawów)
- pantofle (dla osoby rehabilitowanej – tenisówki)
- ręcznik (5 szt.)
- ściereczki kuchenne (2 szt.)

2. Przybory toaletowe(w plastikowym koszyczku); myjki jednorazowe, gąbki 2 szt., szczoteczka i pasta do zębów, pojemnik na protezy, mydło w płynie, szampon do włosów, żel pod prysznic, balsam do ciała, przybory do golenia, dezodorant, obcinacz do paznokci,

Asortyment odzieży powinien uwzględniać porę roku, przyzwyczajenia pacjenta, praktyczność stosowania, pranie (automatyczne).

Rzeczy należy oznaczyć trwale aplikacją z imieniem i nazwiskiem.

- Zakład nie bierze odpowiedzialności za zagubione lub zniszczone przez pacjenta rzeczy osobiste, ubrania, aparaty słuchowe, protezy zębowe, a także środki finansowe pozostające poza depozytem Zakładu.
- Pacjenci proszeni są o zabranie ze sobą wszystkich środków pomocowych, używanych przez nich na co dzień tj. wózek inwalidzki, chodzik, kule, laska, materac zmiennociśnieniowy itp.

V. INFORMACJA DOTYCZĄCE POBYTU PACJENTA W SZPITALU.

W przypadku konieczności przekazania pacjenta do placówki leczniczej opiekę nad Nim przejmuje dana placówka oraz rodzina lub opiekun prawny.

Zakład zgodnie z Zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 45/2018/DSOZ z dnia 30.05.2018r. ma obowiązek utrzymać rezerwację łóżka pacjenta hospitalizowanego na okres nie dłuższy niż 15 kolejnych dni. Po tym czasie ponowne przyjęcie do Zakładu wymaga uzgodnienia terminu pomiędzy Zakładem a opiekunem prawnym lub faktycznym pacjenta (nie jest wymagane ponowne składanie wniosku o przyjęcie do Zakładu).

VI. INFORMACJE DODATKOWE.

Wszelkich informacji dotyczących stanu zdrowia udziela wyłącznie lekarz Zakładu pacjentowi lub osobie upoważnionej.

Zgodnie ze znowelizowaną ustawą o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych z dnia 9.11.1995r. dz. u. 1996r. nr 10 poz.55 z późniejszymi zmianami art.5 ust.1 w naszym zakładzie obowiązuje całkowity zakaz palenia papierosów.

Przyjmuję do wiadomości i stosowania:

.....
Podpis pacjenta

lub

.....
Podpis opiekuna

Knurów, dnia

KARTA INFORMACYJNA DLA PACJENTA
Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego „Nadzieja” s.j. w Knurowie

L.p.	Opis sprawy	Pracownik odpowiedzialny	Miejsce, nr telefonu	Godziny przyjmowania stron
1	Formalności związane z przyjęciem Pacjenta: - informacje dotyczące sposobu i zasad przyjęcia, formularze skierowania	Pielęgniarka Oddziałowa	Biuro Pielęgniarki Oddziałowej, 32 236-71-67 w. 24	Poniedziałek – piątek 10.00 – 15.00
2	Formalności związane z pobytem Pacjenta w Zakładzie	Kierownik Zakładu	Biuro Kierownika Zakładu 32 236-71-67 w. 25	Poniedziałek – piątek 10.00 – 15.00
3	Przepustka Pacjenta	Kierownik Zakładu	Biuro Kierownika Zakładu 32 236-71-67 w. 25	Poniedziałek – piątek 10.00 – 15.00
4	Informacje dotyczące stanu zdrowia Pacjenta	Lekarz Zakładu	Gabinet Lekarski 32 236-71-67	Codziennie w trakcie wizyty (prosimy o wcześniejsze umówienie rozmowy z lekarzem za pośrednictwem pielęgniarki dyżurnej).
5	Formalności związane z wypisem Pacjenta	Pielęgniarka Oddziałowa	Biuro Pielęgniarki Oddziałowej, 32 236-71-67 w. 24	Poniedziałek – piątek 10.00 – 15.00

Zgoda pacjenta na przetwarzanie danych osobowych

Z.P. Nadzieja

Wyrażam / nie wyrażam¹ zgodny na przetwarzanie moich danych osobowych w tym danych szczególnej kategorii (dane medyczne) udostępnionych przeze mnie ZAKŁADOWI PIELEGNACYJNO-OPIEKUŃCZEMU „NADZIEJA” S.J. z siedzibą w Knurowie przy ul. Parkowej 1A. w celu realizacji usługi pielęgnacyjno - opiekuńczej tj:

- imię i nazwisko
- nr PESEL
- adres zamieszkania
- telefon
- dane dokumentu tożsamości: nr, miejsce i data wydania, organ wydający
- informacja o stanie zdrowia
- informacje o wysokości dochodu

zamieszczonych w następujących formularzach/bazach:

- Skierowanie do zakładu opiekuńczo-leczniczego
- Wniosek o przyjęcie pacjenta
- Dokumentacja medyczna prowadzona w ramach realizowanej usługi opiekuńczo-leczniczej
- Karta konsultacji specjalistycznych
- Skierowanie na badanie laboratoryjne
- Oświadczenie o zgodzie potrącania za pobyt w ZPO
- Spis leków ordynowanych dla pacjenta
- Zlecenie na przewóz pacjenta
- Dane osobowe i dane medyczne w systemie M-Medica

Data podpis osoby udzielającej zgody

Wyrażam / nie wyrażam² zgodny na umieszczenia mojego imienia i nazwiska przy moim łóżku, udostępnionego przeze mnie ZAKŁADOWI PIELEGNACYJNO-OPIEKUŃCZEMU „NADZIEJA” S.J. z siedzibą w Knurowie przy ul. Parkowej 1A. w celu realizacji usługi pielęgnacyjno -opiekuńczej.

Data podpis osoby udzielającej zgody

¹Niepotrzebne skreślić

²Niepotrzebne skreślić

Klauzula informacyjna

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest ZAKŁAD PIELEGNACYJNO-OPIEKUŃCZY „NADZIEJA” S.J. z siedzibą w Knurowie przy ul. Parkowej 1A. w sprawach ochrony swoich danych osobowych i realizacji swoich praw mogą Państwo się kontaktować, telefonicznie pod nr + 48 32 236 71 67 lub pisemnie na adres naszej siedziby.

2. Państwa dane osobowe w tym danych szczególnej kategorii (dane medyczne) możemy udostępniać współpracującym z nami Podmiotom Leczniczym w celu realizacji usług leczniczych. Do podmiotów współpracujących zaliczają się :

- Szpital Miejski w Kurowie Sp. z o.o.
- Szpital VITO-MED Sp. z o.o. w Gliwicach
- Śląskie Laboratoria Analityczne Sp. z o.o.
- NZOZ „Paktor” s.c.- transport medyczny
- NZOZ „Medipoz” Sp. z o.o., Czerwionka -Leszczyny
- Szpital Chorób Płuc im. Św. Józefa w Pilchowicach
- SPZOZ Szpital Miejski nr 4 w Gliwicach
- Przychodnia Rejonowa nr 2 w Knurowie,

oraz inne niewymienione podmioty lecznicze, z którymi współpraca jest niezbędna do zapewnienia prawidłowego procesu pielęgnacyjno - opiekuńczego.

3. Państwa dane osobowe w tym dane szczególnej kategorii (dane medyczne) udostępniamy Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celach rozliczenia kontraktu oraz celach statystycznych.

4. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do Państw trzecich poza teren Polski.

5. Zgodnie z art. 13.2.a i 14.2.a RODO Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres realizacji usługi opiekuńczo-leczniczej Państwa podopiecznego. Po tym okresie zostaną przekazane do archiwum na okres 25 lat

6. Przysługuje Państwu:

- a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii,
- b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych,
- c) prawo do usunięcia danych. Jeżeli Państwa zdaniem nie ma podstaw do tego, abyśmy przetwarzali Państwa dane,
- d) ograniczenia przetwarzania danych,
- e) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego Jeżeli uważają Państwo, że przetwarzamy dane niezgodnie z prawem. Skargę należy wnieść do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych lub innego właściwego organu nadzorczego.
- f) prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.

7. Podanie przez Państwa dane są wymogiem ustawowym wynikającym z ustawy o Działalności Leczniczej oraz Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Jeżeli nie podają ich Państwo możemy odmówić realizacji usługi pielęgnacyjno – opiekuńczej.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych - opiekun

Z.P. Nadzieja

Wyrażam / nie wyrażam³ zgodny na przetwarzanie moich danych osobowych udostępnionych przeze mnie ZAKŁADOWI PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEMU „NADZIEJA” S.J. z siedzibą w Knurowie przy ul. Parkowej 1A. w celu realizacji usługi pielęgnacyjno-opiekuńczej mojego podopiecznego tj:

- imię i nazwisko
- adres zamieszkania
- telefon ,

zamieszczonych w następujących formularzach/bazach:

- Wniosek o przyjęcie pacjenta
- Oświadczenie/Zgoda do wglądu do dokumentacji medycznej podopiecznego
- Spis leków ordynowanych dla pacjenta (zawierający dane kontaktowe)
- Dane opiekuna w systemie M-medica

8. Administratorem Państwa danych osobowych jest ZAKŁAD PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZY „NADZIEJA” S.J. z siedzibą w Knurowie przy ul. Parkowej 1A. W sprawach ochrony swoich danych osobowych i realizacji swoich praw mogą Państwo się kontaktować, telefonicznie pod nr + 48 32 236 71 67 lub pisemnie na adres naszej siedziby.

9. Państwa dane osobowe możemy udostępniać współpracującym z nami Podmiotom Leczniczym w celu nawiązaniu kontaktu w przypadku pobytu Państwa podopiecznego w tym Podmiocie Leczniczym.

10. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do Państw trzecich poza teren Polski.

11. Zgodnie z art. 13.2.a i 14.2.a RODO Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres realizacji usługi pielęgnacyjno – opiekuńczej Państwa podopiecznego. Po tym okresie zostaną przekazane do archiwum na okres 25 lat.

12. Przysługuje Państwu:

- g) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii,
- h) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych,
- i) prawo do usunięcia danych. Jeżeli Państwa zdaniem nie ma podstaw do tego, abyśmy przetwarzali Państwa dane,
- j) ograniczenia przetwarzania danych,
- k) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego Jeżeli uważają Państwo, że przetwarzamy dane niezgodnie z prawem. Skargę należy wnieść do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych lub innego właściwego organu nadzorczego.
- l) prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.

13. Podanie przez Państwa dane są wymogiem ustawowym wynikającym z ustawy o Działalności Leczniczej oraz Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Jeżeli nie podają ich Państwo możemy odmówić realizacji usługi pielęgnacyjno - opiekuńczej Państwa podopiecznego.

Data podpis osoby udzielającej upoważnienia

³Niepotrzebne skreślić

