

.....
(miejsowość, data)

.....
(imię i nazwisko osoby zgłaszającej/uprawnionej do pomocy tłumacza migowego

.....
(imię i nazwisko osoby zgłaszającej, jeśli zgłoszenia dokonuje nie sama osoba uprawniona, a inna osoba przez nią upoważniona).

.....
(dane do kontaktu z osobą zgłaszającą - email, nr telefonu)

Instytut Centrum Zdrowia Matki Polski
Sekretariat Dyrektora
ul. Rzgowska 281/289
93-338 Łódź

Zgłoszenie chęci skorzystania z bezpłatnej usługi tłumacza języka migowego
"Wideołumacza" (PJM,SJM)
podczas wizyty w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki

1. Zgłaszam chęć skorzystania z usługi tłumacza języka migowego "Wideołumacza" podczas wizyty w Instytucie CZMP.
2. Cel wizyty (np. nazwa Kliniki lub Poradni oraz krótki opis rodzaju świadczenia zdrowotnego lub sprawy administracyjnej):

➤ Przyjęcie do szpitala/Klinika.....

➤ Wizyta w poradni/ Poradnia

➤ Badanie diagnostyczne/ rodzaj badania.....

➤ Sprawa administracyjna/ Dział.....

➤ Inne

3. Termin wizyty (dzień, godzina):.....

4. Sposób komunikowania się z osobą uprawnioną:

(poniżej zaznaczyć wybraną formę komunikacji stawiając znak X w kwadracie i uzupełnić dane)

kontakt SMS (numer telefonu komórkowego).....

e-mail:.....

numer fax:.....

numer telefonu.....

Dodatkowe uwagi:.....

.....

.....

.....

.....
Podpis osoby uprawnionej/upoważnionej

Informacja dla osoby zgłaszającej /uprawnionej:

Zgłoszenie zostanie przekazane do pracownika Sekretariatu Dyrektora, który skontaktuje się za pomocą wybranego przez Panią/Pana sposobu komunikowania się w celu potwierdzenia i ustalenia sposobu realizacji usługi.

Szpital Ginekologiczno –Położniczy (Bud. A), ul. Rzgowska 281/289, Łódź 93-338

e-mail: uprawnieni@iczmp.edu.pl

nr tel. dla osób uprawnionych: 601 509 720

fax: 41 271-16-34

Informacje dotyczące przetwarzania Pana/Pani danych osobowych przez Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi, adres: ul. Rzgowska 281/289, 93-338 Łódź.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@iczm.edu.pl.
3. Administrator będzie przetwarzał dane osobowe Pacjentów w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze oraz w celu zapewnienia opieki zdrowotnej.

Dokładna podstawa prawna:

- a. dane niezbędne do ustalenia tożsamości Pacjenta przed udzieleniem świadczenia, w szczególności poprzez zgłoszenie do objęcia opieką medyczną, weryfikację danych podczas umawiania wizyty na stanowiskach rejestracyjnych, czy w gabinecie lekarskim - Administrator przetwarza na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) oraz art. 9 ust. 2 lit. h) RODO w zw. z art. 25 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
 - b. dane zawarte w dokumentacji medycznej Pacjenta - Administrator przetwarza na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h) RODO w zw. z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
 - c. dane zebrane celem realizacji praw Pacjenta zawarte np. w odbieranych i archiwizowanych oświadczeniach, w których Pacjent upoważnia inne osoby do dostępu do dokumentacji medycznej oraz wyraża zgodę na udzielanie im informacji o stanie zdrowia Pacjenta - Administrator przetwarza na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w zw. z art. 9 ust. 3 oraz art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
4. Dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także:
- a. innym podmiotom leczniczym oraz laboratorium zewnętrznym, współpracującym z Administratorem w celu zapewnienia ciągłości leczenia oraz dostępności opieki zdrowotnej,
 - b. podmiotom, z którymi Administrator zawarł umowę w związku z realizacją usług zaopatrujących Administratora w rozwiązania techniczne oraz organizacyjne, umożliwiające udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz zarządzanie organizacją Administratora, w szczególności dostawcom usług teleinformatycznych, dostawcom sprzętu diagnostycznego oraz firmom kurierskim i pocztowym,
 - c. dostawcom usług prawnych i doradczych oraz wspierających Administratora w dochodzeniu należnych roszczeń, w szczególności kancelariom prawnym oraz zewnętrznym audytorom.
5. Administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
6. Mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie Administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

1. Dane osobowe Pacjentów zawarte w dokumentacji medycznej będą przechowywane zgodnie z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tj. przez okres 20 lat od dnia dokonania w niej ostatniego wpisu z wyjątkami przewidzianymi w ww. ustawie.

2. *Pacjentom przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia niektórych danych np. numeru telefonu oraz danych, których minął okres przechowywania. Dodatkowo Pacjentowi przysługuje prawo ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.*
3. *Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Administrator jako podmiot leczniczy jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób określony przepisami prawa, w tym do oznaczenia tożsamości Pacjenta z wykorzystaniem jego danych osobowych. Niepodanie danych może skutkować odmową rezerwacji wizyty, czy odmową udzielenia świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej.*

Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.