ANKIETA PACJENTA, KLAUZULA INFORMACYJNA RODO ORAZ OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

(wypełniany przez Pacjenta przed konsultacją lekarską)

Świadczeniodawca:

lek. Michał Marciniak, prawo wykonywania zawodu nr 3376436, prowadzący **indywidualną praktykę lekarską** pod firmą **Prywatna Praktyka Lekarska Michał Marciniak**, NIP 8992863397, REGON 383465305, adres: ul. Bartłomieja Strachowskiego 32, 52-210 Wrocław, numer księgi rejestrowej praktyki zawodowej RPWDL: 000000209378, posługujący się w obrocie znakiem handlowym **„CannaTherapy"** (dalej: „Praktyka" lub „Administrator").

Kontakt: tel. 721 156 037, e-mail: cannatherapypl@gmail.com

Pacjent:

Imię i nazwisko:	
Data urodzenia:	
PESEL:	
Adres zamieszkania:	
Tel. kontaktowy	
Adres e-mail	

CZĘŚĆ A. KLAUZULA INFORMACYJNA RODO

(art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. – „RODO")

1. **Administratorem** danych osobowych Pacjenta jest lek. Michał Marciniak, prowadzący indywidualną praktykę lekarską pod firmą Prywatna Praktyka Lekarska Michał Marciniak, NIP 8992863397, adres: ul. Bartłomieja Strachowskiego 32, 52-210 Wrocław. Kontakt: tel. 721 156 037, e-mail: cannatherapypl@gmail.com.

2. **Inspektor Ochrony Danych** – Administrator nie wyznaczył Inspektora Ochrony Danych. We wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych Pacjent może kontaktować się bezpośrednio z Administratorem przy użyciu danych kontaktowych wskazanych w pkt 1.
3. **Cele i podstawy prawne przetwarzania:** a) **udzielanie świadczeń zdrowotnych,** w tym diagnostyka, leczenie, prowadzenie i przechowywanie dokumentacji medycznej oraz wystawianie recept i skierowań, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO, w związku z art. 24 ust. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz art. 41 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty; b) **realizacja umowy o udzielanie świadczenia zdrowotnego** zawartej z Pacjentem (rejestracja wizyty, kontakt organizacyjny, rozliczenia) – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO; c) **wypełnienie obowiązków prawnych** ciążących na Administratorze, w szczególności podatkowych i rachunkowych – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO; d) **ustalenie, dochodzenie i obrona roszczeń** – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO (prawnie uzasadniony interes Administratora polegający na ochronie prawnej swojej działalności).
4. **Kategorie odbiorców danych:** a) personel Administratora upoważniony do przetwarzania danych w zakresie niezbędnym do realizacji obowiązków zawodowych (art. 29 RODO); b) inne podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, w zakresie niezbędnym dla zapewnienia ciągłości leczenia (art. 26 ust. 3 pkt 1 u.p.p.); c) organy i podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa (m.in. sądy, prokuratura, Rzecznik Praw Pacjenta, ZUS, NFZ); d) podmioty przetwarzające dane na zlecenie Administratora na podstawie umów powierzenia (art. 28 RODO), w szczególności: dostawca systemu informatycznego do prowadzenia dokumentacji medycznej, dostawca usług hostingowych, biuro rachunkowe, kancelaria prawna, dostawca usług płatniczych.
5. **Okres przechowywania danych:** dane przetwarzane są przez okresy przewidziane przepisami prawa, w szczególności dokumentacja medyczna – przez 20 lat od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu (z wyjątkami przewidzianymi w art. 29 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta); dane rozliczeniowe i podatkowe będą przechowywane przez okres wymagany przepisami podatkowymi i rachunkowymi, co do zasady przez 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym upłynął termin płatności podatku.
6. **Prawa Pacjenta:** Pacjentowi przysługuje prawo dostępu do danych (art. 15 RODO), żądania ich sprostowania (art. 16 RODO), usunięcia (art. 17 RODO), ograniczenia przetwarzania (art. 18 RODO), przenoszenia (art. 20 RODO) oraz sprzeciwu (art. 21 RODO) – w zakresie i na zasadach przewidzianych w RODO. **Prawa te nie mają zastosowania do dokumentacji medycznej w zakresie wymaganym przez przepisy o prawach pacjenta — do czasu upływu okresu jej obowiązkowego przechowywania.**
7. **Prawo wniesienia skargi** do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
8. **Wymóg podania danych:** podanie danych identyfikacyjnych (imię, nazwisko, PESEL, data urodzenia) jest wymogiem ustawowym; ich niepodanie uniemożliwia udzielenie świadczenia. Podanie danych kontaktowych (telefon,

e-mail) jest dobrowolne, ale niezbędne do bieżącego kontaktu w sprawach organizacyjnych wizyty.

9. **Profilowanie i przekazywanie do państw trzecich:** Administrator nie podejmuje wobec Pacjenta zautomatyzowanych decyzji wywołujących skutki prawne, nie stosuje profilowania w rozumieniu art. 22 RODO i nie przekazuje danych poza Europejski Obszar Gospodarczy.

……
(data, miejsce, czytelny podpis Pacjenta — potwierdzenie zapoznania się z klauzulą informacyjną)

CZĘŚĆ B. OŚWIADCZENIE PACJENTA O STANIE ZDROWIA

Oświadczam, że:

1. udzieliłem(-am) lekarzowi **rzetelnych i kompletnych — według mojej najlepszej wiedzy — informacji** dotyczących mojego stanu zdrowia, w tym chorób przebytych i aktualnie leczonych, dotychczasowych wyników badań, przyjmowanych leków (w tym leków bez recepty, suplementów diety, ziół) oraz substancji psychoaktywnych;
2. przyjmuję do wiadomości, że **podanie nieprawdziwych lub niekompletnych informacji** o moim stanie zdrowia może uniemożliwić lekarzowi prawidłową ocenę przeciwwskazań do terapii medyczną marihuaną oraz właściwy dobór schematu leczenia, co może wiązać się z ryzykiem dla mojego zdrowia;
3. **Dotyczy pacjentek:**
   ☐ oświadczam, że nie jestem w ciąży i nie karmię piersią;
   ☐ jestem w ciąży;
   ☐ karmię piersią;
   ☐ nie dotyczy.
4. Według mojej najlepszej wiedzy występują lub występowały u mnie w przeszłości następujące stany lub choroby, które zaznaczam poniżej: (proszę zaznaczyć, jeżeli dana choroba lub stan występuje albo występował w przeszłości): ☐ niewydolność lub choroby serca, w tym zaburzenia rytmu serca, arytmia, choroba niedokrwienna serca; ☐ niekontrolowane nadciśnienie tętnicze; ☐ poważne choroby układu oddechowego (POChP, ciężka astma, niewydolność oddechowa); ☐ przebyty lub aktualny epizod psychotyczny, schizofrenia, choroba afektywna dwubiegunowa, inne ciężkie zaburzenia psychiczne; ☐ stwierdzone w wywiadzie rodzinnym (rodzice, rodzeństwo) zaburzenia psychotyczne lub schizofrenia; ☐ przebyte zaburzenia psychotyczne wywołane wcześniejszym stosowaniem konopi lub innych substancji psychoaktywnych; ☐ ciężkie zaburzenia czynności wątroby lub nerek; ☐ stwierdzona alergia lub nadwrażliwość na konopie lub kannabinoidy;
5. **Przekazałem(-am) lekarzowi pełną listę aktualnie stosowanych leków,** w tym leków dostępnych bez recepty, suplementów diety, preparatów ziołowych oraz substancji psychoaktywnych. Przyjmuję do wiadomości, że niektóre z nich

mogą wchodzić w interakcje z terapią medyczną marihuaną, w szczególności poprzez wpływ na metabolizm leków;

6. **nie jestem uzależniony(-a)** od alkoholu, leków lub innych substancji psychoaktywnych [w razie istnienia uzależnień, w tym od nikotyny — Pacjent przekreśla niniejszy ustęp i zgłasza tę informację lekarzowi w trakcie wywiadu, co lekarz odnotowuje w dokumentacji medycznej];
7. **zobowiązuję się** niezwłocznie poinformować lekarza prowadzącego o każdej istotnej zmianie mojego stanu zdrowia, o rozpoczęciu lub zakończeniu stosowania jakiegokolwiek leku, suplementu lub substancji psychoaktywnej, oraz o ewentualnym zajściu w ciążę w trakcie terapii.

.....
(data, miejsce, czytelny podpis Pacjenta)

CZĘŚĆ C. OŚWIADCZENIE PACJENTA O UPOWAŻNIENIU DO UZYSKIWANIA INFORMACJI

Oświadczam, że:

upoważniam do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych oraz do dostępu do mojej dokumentacji medycznej prowadzonej przez:

.....
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)
.....
(adres zamieszkania osoby upoważnionej)
.....
(nr telefonu osoby upoważnionej)

☐ **zarówno za życia, jak i po mojej śmierci***
☐ **wyłącznie po mojej śmierci***
☐ **nie upoważniam nikogo* do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach opieki zdrowotnej**

* niepotrzebne skreślić

.....
(data, miejsce, czytelny podpis Pacjenta)

.....

(data, *imię i nazwisko oraz podpis osoby odbierającej oświadczenie od Pacjenta)*