**PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA**

**Prawa pacjenta :**

1. Prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. Prawo do informacji o swoim stanie zdrowia.
3. Prawo do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych.
4. Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych.
5. Prawo do wyrażenia zgody albo odmowy na udzielenie świadczeń zdrowotnych.
6. Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta, w szczególności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych.
7. Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej, dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.
8. Prawo do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza.
9. Prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego.
10. Prawo do opieki duszpasterskiej.
11. Prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.

**Pacjent zobowiązany jest do :**

1. Stosowania się do wszystkich zaleceń i wskazówek personelu medycznego.
2. Niedopuszczania w trakcie hospitalizacji oddziału, budynku Szpitala bez zgody lekarza prowadzącego leczenie, lekarza dyżurnego lub pielęgniarki dyżurnej.
3. Przestrzegania bezwzględnego zakazu spożywania alkoholu, palenia tytoniu oraz używania środków odurzających na terenie Szpitala.
4. Przestrzegania zasad kultury, czystości osobistej, higieny i porządku sali chorych.
5. Odpowiedzialności za powierzone rzeczy szpitalne i uszanowanie mienia szpitalnego.
6. Zachowania respektującego prawa innych pacjentów do wypoczynku.
7. Używania odbiorników radiowo-telewizyjnych za zgodą pozostałych pacjentów, których spokój może zostać zakłócony.
8. Niewnoszenia sprzętu elektrycznego (sprzęt radiowo-telewizyjny, czajnik, itp.), wymagającego podłączenia do zewnętrznego źródła zasilania (gniazda elektryczne).
9. Stosowania się do zaleceń personelu medycznego, w przypadku używania telefonów komórkowych.

**Szczegółowe informacje o prawach i obowiązkach pacjenta – Karta praw i obowiązków pacjenta oraz obowiązująca Ustawa o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta, znajdują się do wglądu w każdym oddziale szpitalnym.**

**Zapoznałem(łam) się z prawami i obowiązkami pacjenta**

………………………… ………………………………………………………………

Data Podpis pacjenta

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że zostałam/em zapoznana/ny z informacjami dot. Przetwarzania danych osobowych pacjenta w oddziale …………………………………………………………………….. Miejskiego Szpitala Zespolonego w Częstochowie.  
  
…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  
 Imię i Nazwisko pacjenta

**Cele przetwarzania danych osobowych i podstawa prawna przetwarzania**

Dane osobowe pacjentów mogą być przetwarzane w następujących celach :

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych i prowadzenie dokumentacji medycznej.
2. Weryfikacja uprawnień do uzyskania i rozliczanie zrealizowanych świadczeń opieki zdrowotnej.
3. Komunikowanie się w sprawach związanych z koordynacją udzielenia świadczeń, w tym między innymi dotyczących organizacji udzielania świadczeń, oceny samopoczucia pacjenta po udzieleniu świadczenia, badania satysfakcji pacjenta.
4. Wykonywanie innych czynności pomocniczych (min. zabezpieczenia logistycznego) przy udzieleniu świadczeń zdrowotnych, a także czynności związanych z utrzymaniem systemu teleinformatycznego, na podstawie przepisów art. 6 ust. 1 lit. c i d oraz art. 9 ust. 2 lit. h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych 2016/679 (RODO), art. 3 ustawy o działalności leczniczej oraz art. 24 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Podane danych osobowych jest dobrowolne lecz niezbędne w celu udzielenia świadczeń zdrowotnych.

**Informacje o odbiorcach danych osobowych**

Dane osobowe osobowe pacjentów SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespolonego w Częstochowie mogą być przekazywane:

1. Podmiotom leczniczym współpracującym z SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespolonego w Częstochowie w celu zapewnienia ciągłości leczenia oraz dostępności świadczeń zdrowotnych.
2. Dostawcom usług technicznych i organizacyjnych, które umożliwiają udzielanie świadczeń zdrowotnych i prowadzenie dokumentacji medycznej, w szczególności dostawcom usług teleinformatycznych, dostawcom i serwisantom sprzętu medycznego, firmom kurierskim i pocztowym.
3. Osobom upoważnionym do uzyskania informacji o stanie zdrowia i planowanych oraz udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz osobom upoważnionym do uzyskiwania dokumentacji medycznej.
4. Podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.

**Okres, przez który dane osobowe będą przechowywane**

Dane osobowe pacjentów są przechowywane przez wymagany przepisami prawa okres przechowywania dokumentacji medycznej.

**Prawa przysługujące pacjentom w związku z przetwarzaniem danych osobowych**

Pacjentom przysługuje prawo do żądania dostępu do swoich danych osobowych, a w przypadku zaistnienia takiej konieczności, do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania lub wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych.

**Informacja o prawie wniesienia skargi do organu nadzorczego**

Pacjentom przysługuje prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego :

Biuro Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych

Ul. Stawki 2; 00-193 Warszawa; tel. 22 531 03 00; fax. 22 531 03 01

[kancelaria@giodo.gov.pl](mailto:kancelaria@giodo.gov.pl) ; [www.giodo.gov.pl](http://www.giodo.gov.pl)

Zobowiązuję się do zachowania tajemnicy, także po zakończeniu hospitalizacji, wszelkich informacji dotyczących innych pacjentów, opiekunów (osób odwiedzających) i personelu oddziału (szpital).

Podczas przyjęcia do oddziału, miałam/em możliwość zadawania pytań dotyczących Ochrony Danych Osobowych.

Otrzymałam/em na nie odpowiedzi, a uzyskane informacje są dla mnie jasne i zrozumiałe.

Niniejsze oświadczenie stanowi integralną część Historii Choroby Pacjenta.

……………………………………..  
 Czytelny podpis pacjenta