

Częstochowa, dnia

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na objęcie nadzorem wizyjnym na czas pobytu w Oddziale Pediatrycznym Miejskiego Szpitala Zespólnego przy ul. Bony 1/3

..... /
..... /

Imię i Nazwisko pacjenta

Imię i Nazwisko opiekuna faktycznego (prawnego)

Cele przetwarzania danych osobowych i podstawa prawna przetwarzania

Dane osobowe przetwarzane w systemie nadzoru wizyjnego przetwarzane są w celu:

1. Zapewnienia bezpieczeństwa osób i ochrony mienia, w tym innych informacji, 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).
2. Zapewnienia możliwości stałej obserwacji pacjentów na podstawie § 4, ust 2, pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U z 2017 r. poz. 2295)
3. Z uwagi na dobro i bezpieczeństwo, a także w ramach podniesienia jakości i skuteczności udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz monitorowanie zachowania (niepokojących objawów, pogorszenia stanu zdrowia) „małych pacjentów” oddział pediatryczny jest objęty całodobowym nadzorem wizyjnym.

Kategorie przetwarzanych danych osobowych

W systemie nadzoru wizyjnego przetwarzane są: lokalizacja, wizerunek osób, daty i godziny zapisu.

Informacje o odbiorcach danych osobowych

Dane osobowe przetwarzane w systemie nadzoru wizyjnego mogą być przekazywane podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.

Okres, przez który dane osobowe będą przechowywane

Dane osobowe przetwarzane w systemie nadzoru wizyjnego przechowywane są przez okres nie dłuższy niż 7 dni. W przypadku, gdy nagrania obrazu stanowią dowód w postępowaniu lub administrator poweźmie wiadomość, że mogą one stanowić dowód w postępowaniu, termin przechowywania może ulec przedłużeniu do czasu prawomocnego zakończenia postępowania.

Prawa przysługujące osobom przebywającym na terenie SP ZOZ MSZ w Częstochowie w związku z przetwarzaniem danych osobowych

Pacjentom (osobom), których dane osobowe są przetwarzane w systemie nadzoru wizyjnego przysługuje prawo do żądania dostępu do swoich danych osobowych, a w przypadku zaistnienia takiej konieczności, 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 (osobom) przysługuje prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego- Organ ten będzie właściwy do rozpatrzenia skargi z tym, że prawo wniesienia skargi dotyczy wyłącznie zgodności z prawem przetwarzania danych osobowych:

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; www.giodo.gov.pl

Jednocześnie oświadczam, że zostałam/em zapoznana/y z faktem, że moje wejście i pobyt w obszarze objętym nadzorem wizyjnym Oddziału Pediatrycznego równoznaczne jest z wyrażeniem przeze mnie zgody na przetwarzanie danych w zakresie wizerunku i wykonywanych czynności, jakie mogą zostać odnotowane za pośrednictwem urządzeń systemu nadzoru wizyjnego Oddziału Pediatrycznego Miejskiego Szpitala Zespólnego.

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

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 (od 13 roku życia)

Czytelny podpis opiekuna faktycznego (prawnego)