



**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE STANU
ZDROWIA PACJENTA**

Wszystkie podane informacje służą trosce o Państwa bezpieczeństwo i są objęte ochroną danych osobowych. Prosimy o dokładne wypełnienie ankiety służącej nam do kwalifikacji Państwa do zjazdów do Uzdrawiska Kopalnia Soli „Wieliczka” i wybrania właściwego sposobu leczenia. Prosimy o przekazanie wypełnionej ankiety personelowi medycznemu.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....
 Nazwisko, imię
 Wiek pacjenta.....
 Telefon.....
 Adres zamieszkania

PESEL / DATA URODZENIA

1	Czy czuje się Pan(i) ogólnie zdrowy(a)?	Tak / Nie
2	Czy Pan(i) jest pod opieką poradni specjalistycznej? Jeżeli tak to do jakiej?.....	Tak / Nie
3	Czy Pan(i) przyjmuje jakieś leki? Jeżeli tak to jakie?.....	Tak / Nie
4	Pytania dotyczące kobiet: Czy jest Pani obecnie w ciąży?.....	Tak / Nie
5	Czy choruje Pan/Pani bądź chorował/a na jedno z niżej wymienionych schorzeń?	
6	Aktywna choroba nowotworowa lub przebyta przed upływem 5-letniej karencji	Tak / Nie
7	Pierwotne lub wtórne niedobory odporności	Tak / Nie
8	Choroby zakaźne w trakcie aktywności klinicznej, ostrej i przewlekłej (nosicielstwo nie jest przeciwwskazaniem)	Tak / Nie
9	Poważne uszkodzenie narządu ruchu uniemożliwiające samodzielne poruszanie się	Tak / Nie
10	Ciężka niewydolność oddechowa i krążeniowa ograniczająca sprawność życiową do spoczynkowego trybu życia	Tak / Nie
11	Zwiększone ciśnienie wewnątrzczaszkowe m. in. w przebiegu chorób zakaźnych, urazów	Tak / Nie
12	Niedawno (do 6 miesięcy) przebyty zabieg chirurgiczny lub uraz klatki piersiowej, jamy brzusznej, twarzoczaszki, mózgu lub okolic gałki ocznej	Tak / Nie
13	Niedawno (do 6 miesięcy) przebyty zawał serca lub udar mózgu	Tak / Nie
14	Tętniaki naczyń mózgowych i aorty	Tak / Nie
15	Ciężkie wady zastawkowe serca	Tak / Nie
16	Zdiagnozowane zaburzenia rytmu serca grożące utratą przytomności	Tak / Nie
17	Nieregulowane lekami nadciśnienie tętnicze	Tak / Nie
18	Skazy krwotoczne	Tak / Nie
19	Choroby psychiczne zwłaszcza klaustrofobia	Tak / Nie
20	Choroby reumatyczne przebiegające z zajęciem układu kostno-stawowego	Tak / Nie
21	Padaczka przebiegająca w formie napadów ogniskowych z zaburzeniami świadomości oraz napadów ogniskowych przechodzących w obustronnie toniczno-kloniczne	Tak / Nie

OŚWIADCZENIE PACJENTA (OPIEKUNA PRAWNEGO*)

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą. Wszystkie zmiany w sytuacji zdrowotnej zobowiązuję się zgłosić w czasie najbliższej wizyty po ich zaistnieniu.

.....
data

.....
podpis pacjenta (opiekuna prawnego)

1. Administratorem danych osobowych (pacjentów oraz rodziców/przedstawicieli ustawowych pacjentów) jest Kopalnia Soli "Wieliczka" Trasa Turystyczna Sp. z o.o. prowadząca Uzdrawisko, Park Kingi 10, 32-020 Wieliczka.
2. Przestrzeganie zasad ochrony danych w Kopalnia Soli "Wieliczka" Trasa Turystyczna Sp. z o.o., nadzoruje wyznaczony Inspektor Ochrony Danych z którym można skontaktować się poprzez : iod@kopalnia.pl
3. Dane osobowe przetwarzane będą w następujących celach i w oparciu o następujące podstawy prawne:
 - Pacjentów - art. 9 ust. 2 lit. h RODO – jako niezbędne do celów profilaktyki zdrowotnej, diagnozy medycznej i zapewnienia opieki zdrowotnej, oraz leczenia.
 - Rodziców lub opiekunów prawnych w zakresie zgody na podejmowanie decyzji związanych z leczeniem lub hospitalizacją dziecka - art. 6 ust 2. lit c (obowiązek prawny), oraz art. 6 ust 2 lit f - prawnie uzasadniony interes (weryfikacja rodziców/ przedstawicieli ustawowych pacjentów).
4. Odbiorcą danych osobowych będą : podmioty, z którymi podpisano umowy na wykonywanie świadczeń zdrowotnych (min: przeprowadzanie badań rentgenowskich, diagnostyki laboratoryjnej) jako podmioty przetwarzają, firmy informatyczne w zakresie obsługi informatycznej jako podmioty przetwarzające, z zastrzeżeniem innych podmiotów, którym obowiązek udostępnienia danych osobowych wynika z przepisów prawa takich jak szpitale, komisje lekarskie, NFZ i inne placówki medyczne.
5. Dane osobowe będą przechowywane przez okres 20 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu w dokumentacji medycznej, lub 30 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon, z uwzględnieniem właściwych terminów przedawnienia roszczeń.
6. W związku z przetwarzaniem danych osobowych, przysługują Pani / Panu następujące prawa:
 - a) prawo dostępu do treści danych, prawo do sprostowania danych, prawo do usunięcia danych, prawo do ograniczenia przetwarzania danych, prawo do przenoszenia danych,
 - b) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych) w przypadku uznania, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.
7. Podanie przez danych osobowych jest wymogiem ustawowym wynikającym z przepisów prawa medycznego i bez ich podania nie jest możliwe odbycie pobytu w Uzdrawisku/przeprowadzenie badania, a w zakresie rodziców/przedstawicieli ustawowym - wymogiem ustawowym wynikającym z obowiązkiem uzyskania zgody na leczenie lub hospitalizację dziecka.

.....
data

.....
podpis pacjenta (opiekuna prawnego*)

* niepotrzebne skreślić