

Formularz świadomej zgody **rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego świadczeniobiorcy** na udział w konsultacji psychologicznej/ w terapii psychologicznej w **Ośrodku Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży I poziomu referencyjnego w ramach NFZ.**

Imię i nazwisko dziecka

.....

adres zamieszkania.....

Nr PESEL.....

**Dane rodzica/opiekuna ustawowego/ pacjenta pełnoletniego (Opiekun nr 1)**

Imię i nazwisko: .....

PESEL lub dokument tożsamości:.....

Ne telefonu kontaktowego.....e-mail.....

**Dane rodzica/opiekuna ustawowego/ pacjenta pełnoletniego (Opiekun nr 2)**

Imię i nazwisko: .....

PESEL lub dokument tożsamości:.....

Ne telefonu kontaktowego.....e-mail.....

**Wypełnia i podpisuje rodzic/opiekun prawny lub pacjent pełnoletni:**

1. **Wyrażam zgodę** na przeprowadzenie badań psychologicznych i psychoterapeutycznych w Ośrodku środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży (I poziom referencyjny) mojego dziecka/ mojego podopiecznego  
*Jednocześnie potwierdzam, że zostałem poinformowany, że prowadzenie działań psychologicznych i/lub terapeutycznych u dziecka powyżej 16. roku życia wymaga również jego zgody.*

.....  
**Data i czytelny podpis rodziców/opiekuna prawnego**

.....  
**data i podpis dziecka powyżej 16r.ż**

**Wyrażam zgodę** na prowadzenie współpracy Ośrodka Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla dzieci i Młodzieży I poziomu referencyjnego w zakresie:

- ⊖ organizacji konsylium lub sesji koordynacji udzielanych świadczeń z innymi świadczeniodawcami lub instytucjami lub podmiotami udzielającymi wsparcia, w tym pomiędzy poziomami referencyjnymi
- ⊖ koordynacji udzielanych świadczeń z zespołem podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania lub higienistką szkolną, osobami udzielającymi pomocy psychologiczno-pedagogicznej w jednostkach oświaty lub pomocy społecznej oraz asystentami i pracownikami socjalnymi w podmiotach pomocy społecznej.

Jednocześnie potwierdzam, że zostałem poinformowany o fakcie, że prowadzenie powyższych działań psychologicznych i terapeutycznych dotyczących może być realizowany z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych.

.....  
**Data i czytelny podpis rodziców/opiekuna prawnego**

.....  
**data i podpis dziecka powyżej 16r.ż**

**Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Nr 1 Katarzyna Szalewska**  
**ul. Derdowskiego 23, 84-230 Rumia**

Niniejszym oświadczam, że:

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (4.5.2016 L 119/38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL) i wymogami ustawy o ochronie danych osobowych (Dz.U.2018.1000) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dziecka i rodziców oraz danych osobowych pozostałych osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym przez uprawnionych pracowników **Ośrodka Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży I poziomu referencyjnego w ramach NFZ** działającego w strukturach Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej nr 1, w zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonywania obowiązków tej placówki w związku z realizowaniem przez niego celów statutowych w zakresie działalności na rzecz dzieci, a w szczególności w zakresie tej formy jej działalności, z której korzystam ja lub moje dziecko, którego jestem reprezentantem ustawowym.

**Jednocześnie oświadczam, że zostałam/tem poinformowana/y o tym, że:**

- ⊖ Administratorem danych osobowych Pana/Pani, dziecka oraz danych osobowych pozostałych członków Pana/Pani rodziny i osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym jest Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Nr 1 Katarzyna Szalewska ul. Derdowskiego 23, 84-230 Rumia 2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych możliwy jest pod adresem e-mail: [iod-nzoz-rumia@wp.pl](mailto:iod-nzoz-rumia@wp.pl) lub listownie na adres: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Nr 1 ul. Derdowskiego 23, 84-230 Rumia z dopiskiem „RODO”. 3) Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Nr 1 zbiera i przetwarza dane osobowe, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c, art. 9 ust. 2 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych - RODO wyłącznie w zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonywania obowiązków tej placówki w związku z realizowaniem przez nią celów statutowych w przedmiocie działalności na rzecz pacjentów, określonych

- a. Ustawą z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
- b. Ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej
- c. Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 roku o systemie informacji w ochronie zdrowia
- d. Ustawą z dnia 27 sierpnia o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

- 4) Dane osobowe przechowywane będą przez okres, o którym mowa w ustawie z dn. 6 listopada 2008 art.29 o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta, oraz w przepisach szczególnych. 5) Ma Pan/Pani prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo ich sprostowania (poprawiania) usunięcia lub ograniczenia przetwarzania. 6) Rodzicom/opiekunom/pacjentom pełnoletnim przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych. 7) Posiadanie danych osobowych przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Nr 1 jest wymogiem ustawowym i jest obowiązkowe ze względu na przepisy

.....  
**Czytelny podpis rodzica, prawnego opiekuna lub pełnoletniego pacjenta**