**FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO**

**NA UDZIAŁ NIEPEŁNOLETNIEGO DZIECKA/PODOPIECZNEGO   
W DIAGNOZIE/KONSULTACJI/TERAPII – ŚWIADCZENIA NFZ**

Dane niepełnoletniego dziecka/podopiecznego\* (pacjenta/pacjentki):

Imię i nazwisko ………………………………………………………………………………………………………..…….…………………………….…....

Rok urodzenia ……………………………………………………..………… PESEL ……………………………..…………………………………….…

Adres zamieszkania …………………………………………………………..………………………………………………………………………..………

Numer telefonu ……………………………………………………………… Adres e-mail …………………………………………………………….

Dane rodzica/opiekuna prawnego\*:

Imię i nazwisko ………………………………………………………………………………………………………..…….……………………….……..…..

Numer telefonu ……………………………………………………………… Adres e-mail …………………………………………………………….

* Wyrażam zgodę na udział w *(wykreśl usługę jeśli nie dotyczy / nie wyrażasz zgody)*:
* konsultacji psychologicznej, terapii psychologicznej, diagnostyce psychologicznej,
* psychoterapii,
* terapii rodzinnej, sesji wsparcia psychospołecznego,
* konsultacji psychiatrycznej
* wsparciu/terapii środowiskowej.
* Potwierdzam, że zostałem poinformowany, że prowadzenie powyższych działań psychologicznych i terapeutycznych u dziecka niepełnoletniego, lecz powyżej 16 roku życia, jak i dziecka poniżej 18 roku życia wymaga również jego zgody.
* Oświadczam, że nie mam wiedzy na temat braku zgody na proces leczenia wyrażonej przez ojca/matkę dziecka. Zobowiązuję się niezwłocznie do poinformowania w razie zmiany stanowiska ojca/matki wobec leczenia.
* Oświadczam, że nie jestem pozbawiony/a praw rodzicielskich, nie mam organicznych praw rodzicielskich. Zobowiązuję się do poinformowania w razie gdyby ww. uległo zmianie.
* Wyrażam zgodę na prowadzenie konsyliów, sesji koordynacji oraz konsultacji mojego przypadku   
  z superwizorem
* Wyrażam zgodę na kontakt poradni z instytucjami publicznymi w razie zaistniałej potrzeby.
* Zobowiązuję się do informowania pracownika rejestracji Poradni lub psychologa/psychoterapeuty o nieobecności dziecka/podopiecznego 24 godziny przed umówioną wizytą.

Jeśli dziecko i/lub Pani/Pan macie szczególne potrzeby w zakresie dostępności usług naszej poradni, prosimy

o ich wskazanie: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Miejscowość, data |  | Podpis rodzica / opiekuna prawnego |  | Podpis/ Zgoda osoby uczestniczącej /niepełnoletniej pow.16 .r.ż. |

**Upoważniam** …......................................................................................... PESEL...........................................................................  
do wglądu oraz odbioru dokumentacji medycznej mojego niepełnoletniego dziecka/ podopiecznego ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Miejscowość, data |  | Podpis rodzica / opiekuna prawnego |  | Podpis/ Zgoda osoby uczestniczącej /niepełnoletniej pow.16 .r.ż. |

**Upoważniam** do odbioru mojego niepełnoletniego dziecka/podopiecznego po zakończeniu spotkań ze specjalistą/ką osobę/osoby (imię, nazwisko, nr telefonu):

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…….

* Wyrażam zgodę na samodzielny powrót mojego dziecka po zakończeniu spotkania ze specjalistą/ką w Poradni.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Miejscowość, data |  | Podpis rodzica / opiekuna prawnego |  | Podpis/ Zgoda osoby uczestniczącej /niepełnoletniej pow.16 .r.ż. |

**Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody**\* na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych mojego niepełnoletniego dziecka/podopiecznego\* zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO) (Dz. Urz. UE L 119, s. 1) w celu umożliwienia świadczenia usług przez Poradnie Psychologiczne ERA PSYCHE dr Anetta Pereświet-Sołtan.

**biuro@erapsyche.com**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Miejscowość, data |  | Podpis rodzica / opiekuna prawnego |  | Podpis/ Zgoda osoby uczestniczącej /niepełnoletniej pow.16 .r.ż. |

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Administrator danych osobowych** | Administratorem Pani/Pana danych osobowych oraz danych Pani/Pana niepełnoletniego dziecka/podopiecznego\* jest ERA PSYCHE dr Anetta Pereświet-Sołtan, Długołęka,  ul. Modrzewiowa 19, 55-095 Mirków (dalej: ADO). | |
| **Inspektor Ochrony Danych Osobowych** | Inspektorem Ochrony Danych Osobowych (dalej: IODO) jest Dorota Kunicka. | |
| **Dane kontaktowe ADO** | Z ADO można się skontaktować:   1. poprzez adres e-mail: biuro@erapsyche.com 2. telefonicznie pod numerem: 663 794 403 3. pisemnie: ERA PSYCHE dr Anetta Pereświet-Sołtan, Długołęka, ul. Modrzewiowa 19,  55-095 Mirków. | |
| **Dane kontaktowe IODO** | Z IODO można się skontaktować:   1. poprzez adres e-mail: iodo@erapsyche.com 2. telefonicznie pod numerem: 690 007 894 3. pisemnie: IODO, ERA PSYCHE dr Anetta Pereświet-Sołtan, , Radomierz 7/3, 58-520 Janowice Wielkie | |
| **Cele przetwarzania oraz podstawa prawna przetwarzania danych osobowych** | Dane osobowe Pani/Pana oraz niepełnoletniego dziecka/podopiecznego\* będą przetwarzane w celach:   1. profilaktyki zdrowotnej – informowania Pacjenta o możliwościach udzielenia świadczenia (ustawa o działalności leczniczej, ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, art. 9 ust. 2 lit. h RODO) 2. diagnozy medycznej i leczenia – udzielania świadczeń zdrowotnych (diagnostycznych i leczniczych), w tym prowadzenie dokumentacji medycznej (ustawa o działalności leczniczej, ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, art. 9 ust. 2 lit. h RODO) 3. zapewnienia opieki zdrowotnej oraz zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej m.in. rejestracja Pacjenta, realizacja umowy z płatnikami, w szczególności płatnikiem publicznym, zapewnienie ciągłości opieki zdrowotnej, w tym procesie koordynacji udzielania świadczeń, co może obejmować m.in. przypomnienie o terminie realizacji świadczenia zdrowotnego, potwierdzenie wizyty, odwołanie wizyty, poinformowanie o zmianach organizacyjnych, które mają wpływ na udzielenie oczekiwanego świadczenia, komunikacja po udzieleniu świadczenia w celu oceny samopoczucia/stanu zdrowia pacjent itp. Odbieranie i archiwizacja oświadczeń woli Pacjentów, weryfikacja uprawnień do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej i rozliczaniem zrealizowanych świadczeń opieki zdrowotnej, wykonywanie innych czynności pomocniczych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a także czynności zawiązane z utrzymaniem systemu teleinformatycznego, przekazywaniem danych Pacjentów do rejestrów działających na podstawie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia w zakresie rejestrów publicznych (ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia ustawa o działalności leczniczej, ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, art. 9 ust. 2 lit. h RODO) 4. realizacji prawnie uzasadnionego interesu ADO polegającego na ustaleniu lub dochodzeniu roszczeń lub obronie przed roszczeniami (Kodeks cywilny, art. 6 ust. 1 lit. f RODO).   Pani/Pana dane osobowe jako rodzica/opiekuna prawnego będą przetwarzane w celu potwierdzenia w/w czynności prawnych w imieniu niepełnoletniego dziecka/podopiecznego\* (Kodeks cywilny, art. 6 ust. 1 lit c RODO). | |
| **Okres, przez który będą przetwarzane dane osobowe** | Dane osobowe Pani/Pana oraz niepełnoletniego dziecka/podopiecznego będą przetwarzane przez okres:   1. profilaktyki zdrowotnej, diagnozy medycznej i leczenia, zapewnienia opieki zdrowotnej oraz zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej (do 20 lat od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu) 2. realizacji prawnie uzasadnionego interesu ADO tj. ustalenie, obrona i dochodzenie roszczeń (do 3 lat od zakończenia świadczenia usługi, a w przypadku toczącego się postępowania przez okres trwania postępowania do czasu jego prawomocnego zakończenia oraz do czasu przedawnienia roszczeń)   Pani/Pana dane osobowe jako rodzica/opiekuna prawnego będą przetwarzane w/w celach przez w/w okresy. | |
| **Odbiorcy danych osobowych** | Odbiorcami danych osobowych Pani/Pana niepełnoletniego dziecka/podopiecznego\* są:   1. NFZ 2. Podmioty świadczące usługi o systemie informacji w ochronie zdrowia 3. Podmioty świadczące usługi webowe 4. Podmioty świadczące usługi serwerowe | |
| **Prawa osoby, której dane osobowe dotyczą** | Podanie Pani/Pana niepełnoletniego dziecka/podopiecznego\* i Pani/Pana danych osobowych jest dobrowolne. Wyrażoną zgodę może Pani/Pan cofnąć w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania i wykorzystywania danych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.  Posiada Pani/Pan:   1. prawo dostępu do danych osobowych (w tym otrzymania kopii danych osobowych), 2. prawo do sprostowania (poprawiania) danych osobowych, 3. prawo do usunięcia danych osobowych, 4. prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych, 5. prawo do wyrażenia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych.   W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.  Aby nie dopuści do naruszenia Pani/Pana praw lub wolności spowodowanej naruszeniem bezpieczeństwa danych osobowych informujemy, że nie będziemy realizować żadnych Pani/Pana uprawnień wynikających z art. 15-21 RODO w rozmowie telefonicznej. | |
| **Informacja o wymogu podania danych osobowych** | Podanie Pani/Pana niepełnoletniego dziecka/ podopiecznego\* i Pani/Pana danych osobowych jest warunkiem koniecznym do skorzystania z usług w zakresie opieki psychologicznej finansowanej przez NFZ. | |
| Potwierdzam, że zapoznałam/em się z w/w informacjami | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Miejscowość, data |  | Podpis rodzica / opiekuna prawnego\* |  | Podpis/ Zgoda osoby uczestniczącej /niepełnoletniej pow.16 .r.ż. |

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH W CELACH MARKETINGOWYCH**

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Administratora danych osobowych ERA PSYCHE   
dr Anetta Pereświet-Sołtan, Długołęka, ul. Modrzewiowa 19, 55-095 Mirków, w celu wysyłania informacji o nowych usługach na podany adres e-mail.**

Niniejsza zgoda może być w dowolnym momencie cofnięta przez wysłanie wiadomości e-mail na adres iodo@erapsyche.com lub przez oświadczenie złożone na piśmie wysłane na adres siedziby: Długołęka, ul. Modrzewiowa 19, 55-095 Mirków lub osobiście w poradni gdzie wykonywane są świadczenia (usługi). Pozostaje to jednak bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych, którego dokonano przed jej cofnięciem.



data i czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Administrator danych osobowych** | Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest ERA PSYCHE dr Anetta Pereświet-Sołtan, Długołęka, ul. Modrzewiowa 19, 55-095 Mirków (dalej: ADO). |
| **Inspektor Ochrony Danych Osobowych** | Inspektorem Ochrony Danych Osobowych (dalej: IODO) jest Dorota Kunicka. |
| **Dane kontaktowe ADO** | Z ADO można się skontaktować:   1. poprzez adres e-mail: biuro@erapsyche.com 2. telefonicznie pod numerem: 663 794 403 3. pisemnie: ERA PSYCHE dr Anetta Pereświet-Sołtan, Długołęka, ul. Modrzewiowa 19,  55-095 Mirków. |
| **Dane kontaktowe IODO** | Z IODO można się skontaktować:   1. poprzez adres e-mail: iodo@erapsyche.com 2. telefonicznie pod numerem: 690 007 894 3. pisemnie: IODO, ERA PSYCHE dr Anetta Pereświet-Sołtan, , Radomierz 7/3, 58-520 Janowice Wielkie |
| **Cele przetwarzania oraz podstawa prawna przetwarzania danych osobowych** | Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie udzielonej zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO) w celu wysyłania informacji o nowych usługach.  Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w formie elektronicznej w celu wysyłania informacji o nowych usługach na podany przez Panią/Pana adres e-mail (ustawa o świadczeniu usług drogą elektroniczną). |
| **Okres, przez który będą przetwarzane dane osobowe** | Pani/Pana danych osobowych będą przetwarzane do momentu odwołania udzielonej zgody na ich przetwarzanie. |
| **Odbiorcy danych osobowych** | Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są:   1. Podmioty świadczące usługi webowe 2. Podmioty świadczące usługi poczty internetowej. |
| **rawa osoby, której dane osobowe dotyczą** | Podanie Pani/Pana danych jest dobrowolne. Wyrażoną zgodę może Pani/Pan cofnąć w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania i wykorzystywania danych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.  Posiada Pani/Pan:   1. prawo dostępu do danych osobowych (w tym otrzymania kopii danych osobowych), 2. prawo do sprostowania (poprawiania) danych osobowych, 3. prawo do usunięcia danych osobowych, 4. prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych, 5. prawo do przenoszenia danych osobowych.   W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.  Aby nie dopuścić do naruszenia Pani/Pana praw lub wolności spowodowanej naruszeniem bezpieczeństwa danych osobowych informujemy, że nie będziemy realizować żadnych Pani/Pana uprawnień wynikających z art. 15-21 RODO w rozmowie telefonicznej. |

Potwierdzam, że zapoznałem się z w/w informacjami

data i czytelny podpis osoby informowanej

\*niepotrzebne skreślić