

Informacja o prawach pacjenta i przetwarzaniu danych osobowych

1. Niniejszym pragniemy poinformować iż przetwarzamy Pana/Pani dane osobowe. Administratorem Danych Osobowych jest: Beata Szaniawska prowadząca działalność gospodarczą pod firmą **NZOZ SZADENT 94-109 ŁÓDŹ, UL PIENISTA 49/1**
2. W celu udzielania świadczeń leczniczych na podstawie obowiązku wynikającego z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2022 poz. 1304 z późn zm.) oraz ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2023 r. poz. 1545 z późn. zm.), będziemy przetwarzać Pana / Pani dane osobowe z następujących kategorii:
 - Podstawowe dane identyfikacyjne: imię i nazwisko, data urodzenia, oznaczenie płci, PESEL, adres zamieszkania , telefon, e-mail
 - Dane dotyczące zdrowia (diagnostyka oraz leczenie w tym zdjęcia fotograficzne i RTG)
 - Nagrania wideo – z monitoringu wizyjnego
 - Nagrania głosowe – z monitoringu telefonicznego
 - Pana / Pani dane możemy udostępnić następującym kategoriom podmiotów:
 - Księgowym – w zakresie wystawionych rachunków za leczenie
 - Laboratorium protetycznemu – w zakresie przekazania zlecenia o wykonanie pracy protetycznej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej oraz poza jej terenem / UE/ Europejskiego Obszaru Gospodarczego.
 - Podmiotom zewnętrznym które zajmują się serwisem sprzętu i infrastruktury w tym usuwają awarie
3. Pana/Pani dane pozyskane w celu udzielania świadczeń leczniczych przechowujemy przez okres 20 lat.
4. Nagrania z monitoringu (wizyjnego) zachowywane są przez okres 14 dni.
5. Panu / Pani przysługują prawa :
 - Uzyskania potwierdzenia czy przetwarzamy Pana/Pani dane osobowe a jeżeli ma to miejsce do uzyskania dostępu do tych danych po weryfikacji tożsamości
 - Prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii, po weryfikacji tożsamości
 - Do nieodpłatnej pierwszej kopii przetwarzanych danych, wydanie kolejnych kopii jest odpłatne,
 - Przedłużeniu ponad jeden miesiąc terminu na rozpatrzenie żądania osoby
 - O tym iż obiekt jest monitorowany i odbywa się monitoring wizyjny oraz dźwiękowy
 - O planowanej zmianie celu przetwarzania , przy innym celu niż udzielanie świadczeń leczniczych
 - Prawo do sprostowania (poprawienia) swoich danych
 - Prawo Pacjenta do bycia zapomnianym nie znajduje zastosowania wobec danych osobowych przetwarzanych na podstawie art.9 ust.2 lit.h RODO w szczególności wobec przetwarzania danych w ramach dokumentacji medycznej przez cały wymagany okres archiwizacji zgodny z art. 29 ust.1 ustawy o prawach pacjenta w zw. z art. 17 ust.3 lit.b RODO
 - W przypadku gdy dane przetwarzane są na podstawie zgody pacjenta, możecie Państwo zrealizować prawo do bycia zapomnianym w zakresie celu określonego w tej zgodzie.
 - Prawo do ograniczenia przetwarzania danych nie ma zastosowania w odniesieniu do Pana/ Pani danych osobowych przetwarzanych w celach udzielania świadczeń medycznych w szczególności w ramach dokumentacji medycznej możemy przetwarzać dane w dotychczasowym zakresie albowiem mogłoby to istotnie utrudnić realizację tego celu.
 - Prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych ; W każdej chwili może Pan/Pani cofnąć zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych, edukacyjnych, naukowych, reklamowych – o ile takiej zgody Pan/Pani nam udzielili pisemnie. Cofnięcie zgody nie będzie wpływać na zgodność z prawem przetwarzania , którego dokonaliśmy na podstawie Pana/Pani zgody przed wycofaniem.

- Udostępnienia dokumentacji medycznej na zasadach określonych w art 26 i 27 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2022 poz. 1545 z późn. zm.).
 - Prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego ; Jeżeli Pan/ Pani uważa , że przetwarzamy Twoje dane osobowe niezgodnie z prawem, może złożyć skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych
6. Weryfikacji tożsamości dokonuje się poprzez kontrolę okazanego przez Pana/Panią dokumentu potwierdzającego tożsamość zawierającego co najmniej zdjęcie, imię i nazwisko oraz PESEL lub w przypadku jego braku, inny numer jednoznacznie identyfikujący Pacjenta. Dokumentem potwierdzającym tożsamość jest w szczególności: dowód osobisty, legitymacja studencka, prawo jazdy, paszport. Możemy utrwalić informację o weryfikacji poprzez wpisanie do dokumentacji :daty dokonania weryfikacji tożsamości; oraz dokumencie, na podstawie którego została ona dokonana, z jednoczesnym wskazaniem numeru/identyfikatora tego dokumentu (np. numer i seria dowodu osobistego).
 7. W przypadku, jeżeli w imieniu Pacjenta małoletniego występuje przedstawiciel ustawowy/opiekun prawny to tożsamość Pacjenta może być potwierdzona również przez przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego w drodze oświadczenia i okazania dowodu tożsamości przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego. Możemy utrwalić informację o dacie dokonania weryfikacji oraz dokumencie przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego, na podstawie którego została ona dokonana.
 8. W celu wykonania Pana/Pani praw proszę o skierowanie żądania pod adres e-mail nzozszadent@gmail.pl lub pod numer telefonu: 880 880 163. Proszę pamiętać że przed realizacją Pana/Pani żądania będziemy musieli upewnić się czy żądanie na pewno pochodzi od Pana/ Pani czyli będziemy musieli Pana/Panią zidentyfikować pytając o dane które wyłącznie Pan/Pani zna. Jeżeli weryfikacja Pana/Pani tożsamości nie zostanie pomyślnie przeprowadzona będziemy musieli prosić Pana/Panią o osobiste odwiedzenie naszej jednostki w celu potwierdzenia żądania i prawidłowej identyfikacji , dopiero wówczas Pana/Pani żądanie będzie podlegało realizacji.
 9. Jeżeli chcesz żeby na Pana/Pani prośbę zostały wysłane zdjęcia zębowe, wykonane w naszym gabinecie, bądź przesłana kopia dokumentacji medycznej- w miejscu kropek proszę podać adres e-mail, na który będzie można przesłać w/w dokumentację medyczną (zgoda na kontakt drogą mailową)