

SÚHLAS SO SPRACOVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV

POSKYTOVATEĽ ZDRAVOTNÝCH SLUŽIEB (SPRÁVCA):

Klinika impedančnej terapie s. r. o.

so sídlom Karpatská 3256/15, Poprad 058 01

IČO: 51338459

zapísaná v: Obchodný register Okresného súdu Bratislava I., oddiel: Sro, vložka č. 126148/B

e-mail: kitklinika@gmail.com

Prevádzka: Šancová 110, 831 04 Bratislava - Neurologické a fyzioterapeutické SVALZ-y

PACIENT:

Meno a priezvisko: _____

Dátum narodenia: _____

Bydlisko: _____

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA/OPATROVNÍK PACIENTA:

Meno a priezvisko: _____

Dátum narodenia: _____

Bydlisko: _____

Vzťah k pacientovi: _____

Pacient týmto udeľuje poskytovateľovi ako správcovi súhlas so spracovaním osobných údajov:

- a) **pre účely:** posudzovania zdravotného stavu a ponuky zdravotných služieb zo strany poskytovateľa;
- b) **v rozsahu:**
- titul, meno, priezvisko,
 - dátum narodenia, rodné číslo,
 - bydlisko, telefón, e-mail,
 - pohlavie,
 - údaje o zdravotnom stave,
 - údaje o zákonomnom zástupcovi/opatrovníkovi,
 - údaj o zdravotnej poisťovni.
- c) **na dobu:** 5 rokov.

Pacient má právo svoj súhlas kedykoľvek odvolať, a to listom, e-mailom alebo telefonicky (pozri vyššie uvedené kontaktné údaje). Odvolaním súhlasu nie je dotknutá zákonnosť spracovania vychádzajúceho zo súhlasu, ktorý bol daný pred jeho odvolaním.

Ďalej má pacient právo:

- namietať proti spracovaniu osobných údajov,
- požadovať od poskytovateľa prístup k svojim osobným údajom,
- požadovať opravu, vymazanie, prípadne obmedzenie spracovania svojich osobných údajov,
- na prenosnosť svojich osobných údajov,
- podať sťažnosť u poskytovateľa alebo na Úrade na ochranu osobných údajov (www.dataprotection.gov.sk/uouu/).

Pacient vyhlasuje, že poskytol poskytovateľovi správne a aktuálne osobné údaje, a že ich prípadné zmeny bezodkladne oznámi poskytovateľovi.

V _____ dňa _____

podpis pacienta/zákonného zástupcu/opatrovníka