

**Regulaminu funkcjonowania monitoringu wizyjnego
w Szpitalu Powiatowym im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie**

**PROTOKÓŁ
przekazania na nośniku elektronicznym danych osobowych z systemu monitoringu wizyjnego
Szpitala Powiatowego im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie**

sporządzony w dniu.....

Szpital Powiatowy im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie, reprezentowany przez Dyrektora, zwany dalej Administratorem Danych Osobowych, przekazuje

.....
(nazwa uprawnionego podmiotu)

Na podstawie pisemnego wniosku z dnia
Następujące dane (zapis z kamer) z systemu monitoringu:

Data nagrania	Nr kamery/Nazwa obszaru	Czas Nagrania

Przyjmujący dane oświadcza, że wykorzystane zostaną one wyłącznie do celów określonych w pisemnym wniosku, stanowiącym załącznik do niniejszego protokołu.

Protokół sporządzono w dwóch jednakowych egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

.....
(Przekazujący (Administrator Danych Osobowych)

.....
(Przyjmujący)

Nazwisko i imię pacjenta:

nr PESEL*:

OŚWIADCZENIA PACJENTA

Data

pieczęć komórki

1. **Wyrażam zgodę na pobyt, diagnostykę i leczenie** we wszystkich medycznych komórkach organizacyjnych Szpitala Powiatowego w Złotowie, z wyłączeniem procedur stwarzających podwyższone ryzyko, wymagających odrębnej zgody pisemnej.

.....
czytelny podpis przedstawiciela ustawowego,
w przypadku małoletniego

.....
czytelny podpis pacjenta,
w tym małoletniego, który ukończył 16rż

2. **Zostałem poinformowany, iż Szpital Powiatowy w Złotowie przetwarza moje dane osobowe**, w tym dane medyczne dla potrzeb ochrony zdrowia, realizacji świadczeń medycznych i zarządzania udzielaniem usług medycznych. Oświadczam, iż zapoznałem się z okazaną mi przez personel Szpitala klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych pacjentów przez Szpital Powiatowy w Złotowie (dostępną również na stronie internetowej, tablicach informacyjnych i do wglądu w komórkach organizacyjnych).

Rozporządzenie 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych, ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawa z 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

.....
czytelny podpis pacjenta

3. **Wyrażam/nie wyrażam** zgody na umieszczenie moich danych osobowych** na opasce identyfikacyjnej.

.....
czytelny podpis pacjenta

4. **Osobą upoważnioną do uzyskiwania informacji** o stanie mego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych jest

.....
Imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....
Adres zamieszkania, nr telefonu

.....
czytelny podpis pacjenta

5. **Osobą upoważnioną do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej jest:**

.....
Imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....
Adres zamieszkania, nr telefonu

.....
czytelny podpis pacjenta

* w przypadku braku nr PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

** niepotrzebne skreślić

Nazwisko i imię pacjenta:

6. Nie upoważniam żadnej osoby do uzyskiwania informacji o stanie mego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

.....
czytelny podpis pacjenta

7. Wyrażam sprzeciw co do udostępnienia mojej dokumentacji medycznej osobom bliskim (osobą bliską jest małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta), po mojej śmierci.

.....
czytelny podpis pacjenta

8. Przyjmuję do wiadomości, że

- tajemnica dokumentacji medycznej i zawodów medycznych może być zniesiona również bez mojej zgody, jeśli pozwalają na to przepisy prawa
- w każdym czasie mogę zmienić treść złożonego oświadczenia.

.....
czytelny podpis pacjenta

9. Oświadczam, że uzyskałam/em informacje dotyczące:

- możliwości złożenia w depozycie Dyrekcji wartościowych przedmiotów, biżuterii i pieniędzy (za rzeczy wartościowe pozostawione przy pacjencie Szpital nie odpowiada),
- Regulaminu Oddziału, Ustawie o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz miejscu ich dostępu,
- wskazówek zapobiegania upadkom w szpitalu oraz otrzymałem pisemną instrukcję dotyczącą zapobiegania upadkom w domu (jeśli dotyczy).

.....
czytelny podpis pacjenta

10. Oświadczam, że zostałam/em poinformowany o funkcjonowaniu na terenie Szpitala Powiatowego im. A. Sokołowskiego w Złotowie systemu monitoringu wizyjnego. Regulamin monitoringu wizyjnego jest dostępny na tablicach ogłoszeń poszczególnych oddziałów oraz na stronie internetowej Szpitala.

.....
czytelny podpis pacjenta

11. Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym / opiekunem faktycznym małoletniego / osoby ubezwłasnowolnionej.

.....
imię i nazwisko małoletniego / osoby ubezwłasnowolnionej

.....
czytelny podpis przedstawiciela ustawowego / faktycznego

12. Brak możliwości złożenia podpisu przez pacjenta (pacjent nieprzytomny, brak kontaktu, brak możliwości porozumienia się z pacjentem).

.....
data, pieczętka i podpis członka personelu Szpitala