

ZGODA PACJENTA

na przekazanie wniosków i zaleceń z konsultacji farmaceutycznej (przeгляdu lekowego) lekarzowi prowadzącemu

Dane Gabinetu farmaceutycznego (administrator danych):

Nazwa:

Adres:

Tel.; e-mail:; WWW:

Inspektor Ochrony Danych:, e-mail:

Imię i nazwisko farmaceuty prowadzącego konsultację:

Nr Prawa Wykonywania Zawodu Farmaceuty:

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko:

PESEL (lub data urodzenia, jeśli brak):

Adres do korespondencji:

Numer telefonu: Adres e-mail:

Dane lekarza – odbiorcy wniosków z konsultacji:

Imię i nazwisko lekarza:

Specjalizacja:

Numer Prawa Wykonywania Zawodu (NPWZ):

Nazwa i adres podmiotu leczniczego / praktyki:

Kanał przekazania danych (zaznaczyć właściwe):

- za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta (IKP) / Systemu Informacji Medycznej (SIM),
- e-mail (z zastosowaniem szyfrowania / hasła do załącznika):
- forma papierowa (osobiście / przesyłką poleconą za potwierdzeniem odbioru),
- inny kanał, wskazany przez pacjenta:

§ 1. Oświadczenie woli – zgoda pacjenta

Ja, niżej podpisany/a, działając w sposób dobrowolny, świadomy i jednoznaczny, po zapoznaniu się z klauzulą informacyjną zamieszczoną poniżej (§ 3), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia (szczególnej kategorii danych w rozumieniu art. 9 ust. 1 RODO), w zakresie i celu opisanym w niniejszym dokumencie, tj.:

1. przekazania wniosków, rekomendacji oraz zaleceń wynikających z przeprowadzonej konsultacji farmaceutycznej (w tym przeгляdu lekowego, o którym mowa w art. 4 ust. 5 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty) lekarzowi wskazanemu powyżej;

2. udostępnienia lekarzowi informacji o stosowanych przeze mnie produktach leczniczych, suplementach diety i wyrobach medycznych, zidentyfikowanych ryzykach farmakoterapeutycznych (np. interakcje, działania niepożądane, duplikacje terapii), a także proponowanych modyfikacjach schematu leczenia – w celu zapewnienia ciągłości i bezpieczeństwa farmakoterapii;
3. kontaktu zwrotnego ze strony lekarza lub farmaceuty w sprawie ustaleń wynikających z konsultacji – z wykorzystaniem danych kontaktowych podanych przeze mnie powyżej.

§ 2. Zakres przekazywanych danych

Zgoda obejmuje przekazanie lekarzowi w szczególności następujących kategorii informacji:

- dane identyfikujące pacjenta (imię, nazwisko, PESEL lub data urodzenia);
- zestawienie aktualnie stosowanej farmakoterapii (leki na receptę, OTC, suplementy diety, wyroby medyczne);
- wyniki analizy farmaceutycznej, w tym zidentyfikowane problemy lekowe (Drug-Related Problems) – interakcje, duplikacje, działania niepożądane, ryzyko nieskuteczności terapii;
- rekomendowane przez farmaceutę działania (np. modyfikacja dawkowania, zamiana preparatu, ocena adherencji, edukacja pacjenta);
- informacje uzyskane od pacjenta w trakcie wywiadu farmaceutycznego, istotne z punktu widzenia leczenia (np. styl życia, dieta, choroby współistniejące, alergie).

§ 3. Klauzula informacyjna (art. 13 RODO)

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 (RODO), informujemy, że:

4. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Śląska Okręgowa Izba Aptekarska, ul. Kryniczna 15, 40-637 Katowice, e-mail: katowice@oia.pl, tel. +48 (32) 608 97 60, WWW: <https://katowice.oia.pl>.
5. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych – Panią Magdalenę Celeban; kontakt: e-mail daneosobowe@slaskaoia.pl lub korespondencyjnie na adres Administratora.
6. Pani/Pana dane osobowe, w tym dane dotyczące stanu zdrowia, będą przetwarzane w następujących celach i na następujących podstawach prawnych: (a) świadczenie usługi farmaceutycznej w postaci konsultacji farmaceutycznej / przeglądu lekowego – art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 ust. 2 lit. h RODO w zw. z art. 4 ust. 1–5 ustawy o zawodzie farmaceuty oraz art. 86 ust. 8a pkt 1 lit. b ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne; (b) przekazanie wniosków i zaleceń lekarzowi prowadzącemu – art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a RODO (zgoda pacjenta); (c) prowadzenie i archiwizacja dokumentacji opieki farmaceutycznej – art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 ust. 2 lit. h RODO; (d) ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń – art. 6 ust. 1 lit. f i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.
7. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą: (a) lekarz wskazany powyżej oraz podmiot leczniczy, w którym lekarz ten wykonuje zawód; (b) podmioty świadczące na rzecz administratora usługi IT, hostingowe, archiwizacyjne, prawne lub doradcze – na podstawie umowy powierzenia przetwarzania; (c) organy publiczne uprawnione na podstawie

przepisów prawa (np. NFZ, Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny, Urząd Ochrony Danych Osobowych).

8. Dane będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów wskazanych w pkt 3, a w odniesieniu do dokumentacji opieki farmaceutycznej – przez okres wynikający z przepisów prawa (co do zasady 20 lat, zgodnie z przepisami o dokumentacji medycznej, jeżeli mają zastosowanie). Zgoda na przekazanie wniosków lekarzowi może zostać wycofana w każdej chwili; wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego przed jej wycofaniem.
9. Posiada Pani/Pan prawo do: (a) dostępu do treści swoich danych (art. 15 RODO); (b) sprostowania danych (art. 16 RODO); (c) usunięcia danych (art. 17 RODO) – z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z przepisów szczególnych; (d) ograniczenia przetwarzania (art. 18 RODO); (e) przenoszenia danych (art. 20 RODO) – w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania jest zgoda lub umowa; (f) wniesienia sprzeciwu (art. 21 RODO); (g) wycofania zgody w dowolnym momencie (art. 7 ust. 3 RODO) – w sposób równie łatwy, jak jej udzielenie.
10. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
11. Podanie danych osobowych oraz wyrażenie zgody na przekazanie wniosków lekarzowi jest dobrowolne; jednakże odmowa wyrażenia zgody uniemożliwi przekazanie informacji o ustaleniach konsultacji lekarzowi prowadzącemu, co może negatywnie wpłynąć na ciągłość i bezpieczeństwo farmakoterapii.
12. Dane nie będą przekazywane do państw trzecich (poza Europejski Obszar Gospodarczy) ani do organizacji międzynarodowych. Decyzje wobec Pani/Pana nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, w tym w wyniku profilowania.

§ 4. Oświadczenia pacjenta

Oświadczam, że:

- zapoznałem/am się z treścią niniejszego dokumentu, w tym z klauzulą informacyjną, i jest ona dla mnie zrozumiała;
- zostałem/am poinformowany/a o celu, zakresie i konsekwencjach wyrażenia oraz wycofania zgody;
- podane przeze mnie dane (w tym dane kontaktowe oraz dane lekarza) są zgodne ze stanem faktycznym;
- miałem/am możliwość zadania pytań i uzyskania wyjaśnień przed podpisaniem dokumentu.

§ 5. Wycofanie zgody

Niniejszą zgodę można wycofać w każdym czasie: (a) osobiście w aptece/gabiniecie farmaceutycznym, (b) pisemnie na adres administratora wskazany powyżej, (c) elektronicznie na adres e-mail administratora lub Inspektora Ochrony Danych. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

.....

(miejsowość, data)

.....

(czytelny podpis pacjenta / przedstawiciela
ustawowego)

Wycofanie zgody (wypełnić w razie potrzeby)

Niniejszym wycofuję zgodę udzieloną w dniu w zakresie przekazywania wniosków z konsultacji farmaceutycznej lekarzowi wskazanemu powyżej.

.....

(miejsowość, data)

.....

(czytelny podpis pacjenta / przedstawiciela
ustawowego)