

CABINETUL/SECȚIA/COMPARTIMENTUL Data

Nume prenume CNP

NR. REGISTRU CONSULTĂȚII/ F.O. NR

CONSIMȚĂMÂNT PRIVIND PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL

Certific că am citit/că mi s-a citit, am înțeles și accept pe deplin cele de mai sus și ca urmare semnez.

Materialul biologic recoltat (sânge, țesuturi sau organe) în scop diagnostic **poate fi examinat și în scopuri de cercetare științifică**, instrucție, poate fi fotografiat și publicat, cu autorizația expresă din partea mea (formular de consimțământ), păstrându-se confidențialitatea de către **SPITALUL DE URGENȚĂ TÂRGU CĂRBUNEȘTI** în calitate de prestator de servicii medicale.

Am fost informat că **procesul de asistență medicală este dublat de procesul educațional** și consimt că, în limitele impuse de decență și bunul simț, să particip la procesul educațional, inclusiv în ceea ce privește vizite și mici manevre efectuate de personalul aflat în pregătire, atâta timp cât aceasta nu afectează calitatea îngrijirilor medicale.

Am fost informat că pot refuza acest lucru de principiu sau în momentele pe care le aleg eu, fără a fi obligat să dau alte explicații și fără a fi afectate drepturile mele de pacient.

Am luat la cunoștință de prevederile stipulate în **Regulamentul european nr. 679/2016** în legătura "**Protecția datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date**".

"Spitalul, prin intermediul serviciilor medicale furnizate, prelucrează datele dumneavoastră cu caracter personal (nume și prenume, sexul, data și locul nașterii, cetățenia, date din actele de stare civilă, nr. asigurării de sănătate, adresă, profesie, situație familială, obișnuințe/ preferințe/comportament, date care denotă originea etnică, C.N.P., seria și numărul actului de identitate și date privind starea de sănătate) prin mijloace automatizate / manuale, în scopul îmbunătățirii serviciilor de sănătate, Datele colectate cu scopul asigurării protecției sociale prin servicii de sănătate sunt necesare pentru a vă acorda aceste servicii. Refuzul dumneavoastră de a furniza aceste date determină imposibilitatea acordării acestor servicii.

Informațiile înregistrate sunt destinate utilizării de către cabinet/secție/compartiment și sunt comunicate numai următorilor destinatari: Direcția de Sănătate Publică, Casa Județeană de Sănătate, Casa Națională de Sănătate, Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar (S.N.S.P.M.S.), altor furnizori de servicii de sănătate acreditați sau dacă legea o cere în mod expres.

Conform Regulamentului european mai sus menționat și a Legii drepturilor pacientului, beneficiați de dreptul de acces la date, de intervenție asupra datelor, dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale și dreptul de a vă adresa instanțelor de judecată, de informare, de rectificare a datelor, "dreptul de a fi uitat", dreptul la restricționarea prelucrării, dreptul opoziție, dreptul la portabilitatea datelor, dreptul de a nu face obiectul unei decizii bazate exclusiv pe prelucrarea automată, inclusiv crearea de profiluri, dreptul de a sesiza A.N.S.P.D.C.P., dreptul de retragere al consimțământului, dreptul de a fi notificat de operator în caz de încălcări privind securitatea datelor. Totodată aveți dreptul de a va opune prelucrării datelor personale care va privesc și să solicitați ștergerea datelor.

Pentru exercitarea acestor drepturi vă puteți adresa conducerii spitalului cu o cerere scrisă, datată și semnată în atenția responsabilului cu protecția datelor al unității (D.P.O.) la sediul unității din str. Eroilor, nr.51, loc. Târgu Cărbunești, sau la adresa de e-mail: dpo@spitalcarbunesti.ro.

De asemenea, vă este recunoscut dreptul de a va adresa justiției. Datele dumneavoastră nu vor fi transferate în țări aflate în afara Uniunii Europene.

Sunt/nu sunt de acord ca datele mele de identificare, de contact și datele referitoare starea de sănătate și asistența medicală primită să intre în bazele de date utilizate pentru prelucrare statistică, în colaborare cu furnizorii de servicii, cu care spitalul are relații contractuale pentru a fi prelucrate statistic, sub rezerva respectării anonimatului și confidențialității.

Semnătura pacientului/reprezentantului legal¹ _____

PACIENT CU DISCERNĂMÂNT, FĂRĂ CAPACITATE DE A SCRIE

Subsemnatul (cadru medical), _____, **în calitate de martor**, confirm că prezentul formular a fost citit de către domnul/doamna _____, în prezența mea și pacientul și-a exprimat verbal acordul/refuzul fără ca asupra lui să se fi exercitat vreo constrângere.

Semnătura martorului _____,

Semnătura medicului care a făcut informarea _____,

¹ Se vor nota datele de identitate ale acestuia, gradul de rudenie, precum și datele împuternicirii de reprezentare în cazul tutorilor.