|  |  |
| --- | --- |
| **Пацієнт:** *\_\_\_\_\_patient’s full name\_\_\_\_\_\_*, дата народження: *\_\_date of birth\_\_*, місце народження: *\_\_\_\_place of birth\_\_\_*  **Українська медична установа:** \_\_\_\_\_\_Ukrainian hospital\_\_\_\_\_  **Приймаюча медична установа:** \_\_\_\_\_hospital-receiver\_\_\_\_\_ | Dane Pacjenta: *\_\_\_imię i nazwisko pacjenta\_\_\_\_\_*, data urodzenia: *\_\_data urodzenia\_\_*, miejsce urodzenia: *\_\_\_\_miejsce urodzenia\_\_\_*  **Szpital w Ukrainie / Szpital ukraiński:** \_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Szpital docelowy:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Враховуючи, Пацієнт, раніше отримував медичний догляд в Українській медичній установі, але був змушений покинути Україну, внаслідок чого йому необхідне продовження медичного догляду в Приймаючій медичній установі: | Poniższy dokument bierze pod uwagę fakt, że Pacjent wcześniej otrzymywał opiekę medyczną w ukraińskim szpitalu, ale został zmuszony do opuszczenia Ukrainy, w wyniku czego musi kontynuować opiekę medyczną w szpitalu docelowym: |
| 1. Пацієнт надає дозвіл на доступ Приймаючій медичній установі до усіх його даних, що стосуються його медичного догляду в Українській медичній установі, в тому числі тих, що становлять медичну таємницю, зокрема, але не обмежуючись: його стану здоров’я, виявлені захворювання, обставини, що передували захворюванню, функціональні особливості організму, результати медичних досліджень та аналізів, зміст та хід його лікування тощо (далі – Медичні дані).   Цей дозвіл діє до моменту завершення медичного догляду Пацієнта в Приймаючій медичній установі або до його відкликання Пацієнтом. | 1. Pacjent wyraża zgodę, by szpital docelowy miał dostęp do wszystkich danych dotyczących jego opieki medycznej w ukraińskim szpitalu, włączajac również te, które stanowią tajemnicę lekarską (miedzy innymi ogólny stan zdrowia, diagnozę, okoliczności poprzedzające chorobę, wyniki badań i analiz medycznych, zakres i przebieg leczenia, itp. (nazywane dalej jako **Dane Medyczne**). Upoważnienie jest ważne do czasu zakończenia opieki medycznej nad pacjentem w szpitalu docelowym lub do czasu odwołania upoważnienia przez Pacjenta. |
| 1. Пацієнт уповноважує Приймаючу медичну установу отримати від Української медичної установи або інших підприємств, установ, організацій його Медичні дані.   На виконання цього Приймаюча медична установа може звертатися до Української медичної установи або інших підприємств, установ, організацій від імені Пацієнта для витребування Медичних даних. Приймаюча медична установа може передати надані повноваження третім особам.  Надані повноваження діють до моменту завершення медичного догляду Пацієнта в Приймаючій медичній установі або до їх відкликання Пацієнтом. | 1. Pacjent wyraża zgodę, by szpital ukrainski lub inne firmy, organizacje oraz instytucje, przekazały jego Dane Medyczne do szpitala docelowego.   W tym celu w imieniu Pacjenta szpital docelowy może zwrócić się do szpitala ukraińskiego lub innych firm, organizacji lub instytucji z żądaniem przekazania Danych Medycznych Pacjenta. Szpital docelowy może przekazać to upoważnienie osobom trzecim.  Udzielone upoważnienie jest ważne do czasu zakończenia opieki medycznej nad Pacjentem w szpitalu docelowym lub do czasu wycofania zgody przez Pacjenta. |
| 1. Пацієнт дає свою добровільну згоду Українській медичній установі на транскордонну передачу до Приймаючої медичної установи усіх його персональних даних, що були зібрані та оброблялися раніше Українською медичною установою у зв’язку з отриманням медичного догляду (далі – персональні дані).   З метою належного отримання медичного догляду в Приймаючій медичній установі, Пацієнт дає свою добровільну згоду Приймаючій медичній установі на обробку, зміну та зберігання його персональних даних, які будуть отримані від Української медичної установи, у тому ж обсязі як ним було надано згоду Українській медичній установі, а також на передачу його персональних даних або надання доступу Приймаючою медичною установою третім особам та транскордонну передачу, якщо це необхідно для належного медичного догляду Пацієнта.  Вказана вище згода вступає в силу з дати її надання Пацієнтом. Пацієнт може відкликати її в будь-який час шляхом письмового повідомлення Приймаючої медичної установи про відкликання. Відкликання згоди тягне припинення обробки персональних даних, якщо відсутні інші підстави обробки персональних даних. | |  | | --- | | 1. Pacjent dobrowolnie wyraża zgodę na transgraniczne przekazanie przez ukraiński szpital do szpitala docelowego wszystkich jego danych osobowych, uzyskanych i przetwarzanych przez ukraiński szpital w związku z zapewnieniem wcześniejszej opieki medycznej (nazywane dalej jako **dane osobowe**).   W celu uzyskania właściwej opieki medycznej w szpitalu docelowym, Pacjent wyraża dobrowolną zgodę na przetwarzanie, zmianę i przechowywanie jego danych osobowych, które zostaną przekazane ze szpitala ukraińskiego w takim samym zakresie, w jakim zostały one udzielone szpitalowi ukraińskiemu. Pacjent wyraża zgodę na przekazanie przez szpital docelowy jego danych osobowych lub zapewnienie dostępu do swoich danych osobowych osobom trzecim oraz na transfer transgraniczny, jeżeli jest to niezbędne do sprawowania właściwej opieki medycznej nad Pacjentem.  Powyższa zgoda wchodzi w życie z dniem jej podpisania przez Pacjenta. Pacjent może wycofać zgode w każdej chwili w drodze pisemnego zawiadomienia o odstąpieniu od wyrażenia zgody i dostarczonego na adres szpitala docelowego. Wycofanie zgody pociąga za sobą zakończenie przetwarzania danych osobowych, jeżeli nie ma innych podstaw legalizujacych kontunuację przetwarzanie danych osobowych. | |
| Підпис Паціента / Czytelny podpis pacjenta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *\_\_\_\_ imię i nazwisko pacjenta \_\_\_\_*  Дата / Data: \_\_\_\_\_\_\_\_  Місце / Miejscowość: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |