



Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

GÓRNOŚLĄSKIE CENTRUM ZDROWIA DZIECKA im. JANA PAWŁA II

40-752 Katowice, ul. Medyków 16 tel. 32 207 15 00, fax. 32 207 15 46

www.gczd.katowice.pl adres e-mail: sekretariat@gczd.katowice.pl

ZARZĄDZENIE DYREKTORA

Zarządzenie Nr. 20/2020
z dnia 03.04.2020 r.

Dyrektora Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II
Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach

w sprawie: utrwalania wizerunku pacjentów Oddziału Neonatologii, Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach oraz udostępnianie go przedstawicielom ustawowym/opiekunom prawnym dziecka.

Na podstawie:

- § 11 ust. 2 Statutu Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach nadanego Zarządzeniem Nr 14/2019 z dnia 21.01.2019 r. Rektora Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach z późn. Zm.,
 - Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2020 r. w sprawie zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 (Dz. U. 2020 poz. 325),
 - Ustawy z dnia 2 marca 2020r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2020 poz. 374),
 - Ustawa o prawie autorskim i prawach pokrewnych z dnia 4 lutego 1994 r. (Dz. U. z 2019r. poz. 1231),
- niniejszym zarządzam, co następuje:

§ 1

1. W związku z wprowadzeniem stanu epidemii na terenie RP związanego z wystąpieniem przypadków zakażenia Koronawirusem SARS-CoV-2, w celu zapobiegania i przeciwdziałania rozpowszechnianiu się Koronawirusa SARS-CoV-2 wśród pracowników, pacjentów i innych osób przebywających w Górnośląskim Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, wprowadza się, aż do odwołania, możliwość złożenia przez przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego pacjenta hospitalizowanego w Oddziale Neonatologii, Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka wniosku o utrwalenie i udostępnienie wizerunku jego dziecka za pomocą środków telekomunikacyjnych, który stanowi formularz o nazwie **Wniosek o utrwalenie i udostępnienie wizerunku dziecka**, będący załącznikiem do niniejszego zarządzenia.
2. Złożenie choćby przez jednego przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego dziecka wniosku, o którym mowa w ust. 1, będzie jednoznaczne z wyrażeniem zgody przez Szpital na **bezpłatne** wykonywanie zdjęć fotograficznych konkretnemu pacjentowi, które następnie zostaną udostępnione drogą mailową na wskazany w formularzu adres e-mail.
3. Wniosek, o którym mowa w ust. 1 może zostać złożony w oryginale, ale dopuszcza się także formę podpisanego skanu. W tym drugim przypadku wniosek należy przesać na adres poczty elektronicznej zdjeciagczd@gczd.katowice.pl dedykowanej wyłącznie do celów realizacji niniejszego zarządzenia, z której udostępniany będzie wizerunek dziecka. Wiadomość taka będzie stanowiła weryfikację poprawności posiadanego przez GCZD adresu e-mail wnioskodawcy.
4. Wizerunek dziecka może zostać udostępniony wyłącznie uprawnionym wnioskodawcom, tj. przedstawicielom ustawowym/opiekunom prawnym pacjenta i wyłącznie po wypełnieniu, podpisaniu i dostarczeniu do GCZD formularza, o którym mowa w ust. 1.

§ 2

1. Celem realizacji wniosku, o którym mowa w § 1, Szpital:
 - a. udostępni tablet/urządzenie mobilne z możliwością wykonywania zdjęć, dedykowany wyłącznie do utrwalania i udostępniania wizerunków dzieci w okolicznościach, o których mowa w treści niniejszego zarządzenia,
 - b. utworzy adres poczty elektronicznej zdjeciagczd@gczd.katowice.pl za pośrednictwem, której przesyłane będą zdjęcia poszczególnych pacjentów do wnioskodawców.
2. Po utrwaleniu wizerunku konkretnego pacjenta zdjęcia będą udostępniane wnioskodawcom poprzez pocztę elektroniczną Szpitala, na adres poczty elektronicznej wskazany w formularzu.



Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

GÓRNOŚLĄSKIE CENTRUM ZDROWIA DZIECKA im. JANA PAWŁA II

40-752 Katowice, ul. Medyków 16 tel. 32 207 15 00, fax. 32 207 15 46

www.gczd.katowice.pl adres e-mail: sekretariat@gczd.katowice.pl

ZARZĄDZENIE DYREKTORA

3. Niezwłocznie po ich udostępnieniu, jednak najpóźniej w dniu zakończenia hospitalizacji pacjenta lub w dacie odwołania zgody na przechowywanie zdjęć z dzieckiem przez przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego, wszelkie zdjęcia zostaną trwale usunięte z każdego nośnika.
4. W razie konieczności, zdjęcia powinny być zapisywane na dedykowanym do tego celu jednym służbowym urządzeniu mobilnym, w jednym folderze z opisem, którego dziecka dane zdjęcie dotyczy.
5. Opisując zdjęcia należy w miarę możliwości zastosować zasadę pseudonimizacji.
6. Zdjęcia powinny być wysyłane co najmniej raz w tygodniu w odstępach nie dłuższych niż 7 dni.
7. Przed udostępnieniem wizerunku dziecka należy bezwzględnie zweryfikować poprawność adresu e-mail wnioskodawcy tj. przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego dziecka.
8. Z chwilą przyjęcia przez wnioskodawcę „utworu” w postaci wizerunku dziecka w formie zdjęć, przechodzą na wnioskodawcę autorskie prawa majątkowe do każdego ze zdjęć.

§ 3

Wykonanie Zarządzenia w części odnoszącej się do utrwalania wizerunku pacjenta powierzam Pielęgniarkę Oddziałową Oddziału Neonatologii, Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka lub upoważnionej przez nią pielęgniarkę, natomiast w zakresie udostępniania wykonanych zdjęć wnioskodawcom - Rzecznikowi Prasowemu Szpitala, który zobowiązany będzie również do prowadzenia odpowiedniego rejestru zawierającego takie dane jak: datę złożenia wniosku, dane pacjenta, datę, formę i ilość wykonanych zdjęć, datę udostępnienia wnioskodawcy ze wskazaniem ilości zdjęć, datę trwałego usunięcia zdjęć ze wskazaniem nośnika, na którym były przechowywane (jeśli dotyczy).

§ 4

Zobowiązuję Kierownika Oddziału Neonatologii, Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka, Pielęgniarkę Oddziałową Oddziału Neonatologii, Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka oraz Rzecznika Prasowego Szpitala do zapoznania się i podległego personelu (jeśli dotyczy) z postanowieniami niniejszego Zarządzenia oraz udokumentowania zapoznania się na formularzu *Oświadczenie pracownika F.07-PJ-01 wydanie 6 Aktualizacja: 09.07.2018 r.* oraz do jego stosowania.

§ 5

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

DYREKTOR

Maria Kreis

.....
Data, pieczęć i podpis Dyrektora

03-04-2020

Otrzymują:

1. Kierownik Oddziału Neonatologii, Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka
2. Naczelną Pielęgniarkę
3. Pielęgniarkę Oddziałową Oddziału Neonatologii, Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka
4. Rzecznik Prasowy Szpitala
5. Kierownik Działu Infrastruktury/ Informatycy
6. a/a



Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
40-752 Katowice, ul. Medyków 16 tel. 32 207 15 00, fax. 32 207 15 46
www.gczd.katowice.pl adres e-mail: sekretariat@gczd.katowice.pl

WNIOSEK O UTRWALENIE I UDOSTĘPNIENIE WIZERUNKU DZIECKA

W związku z zamknięciem Oddziału Neonatologii, Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka wynikającym z konieczności zapobiegania i przeciwdziałania rozpowszechnianiu się Koronawirusa SARS-CoV-2 wśród pracowników, pacjentów i innych osób przebywających w Górnośląskim Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach (dalej: GCZD) oraz wprowadzonym na tym Oddziale zakazem odwiedzin

Ja _____ niżej podpisany/a jako rodzic/opiekun prawny dziecka
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego) (imię i nazwisko pacjenta)

proszę o wykonywanie zdjęć fotograficznych mojemu dziecku oraz przesłanie ich drogą mailową na wskazany adres e-mail:

Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie przez GCZD, jako administratora, danych osobowych w postaci imienia, nazwiska, adresu e-mail, numeru telefonu oraz wizerunku dziecka w celu realizacji wniosku. Rozumiem, że przysługuje mi prawo cofnięcia zgody w każdym momencie a także prawo dostępu do danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Dane osobowe będą przechowywane do czasu odwołania zgody lub zakończenia hospitalizacji dziecka. Mam świadomość, iż podanie danych jest dobrowolne, jednakże bez ich podania nie będzie możliwa realizacja wniosku.

W każdej sprawie dotyczącej przetwarzania danych osobowych mogę się skontaktować z wyznaczonym przez Szpital inspektorem ochrony danych osobowych poprzez e-mail: iodo@gczd.katowice.pl lub pod adresem siedziby Szpitala.

.....
(data i podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Szpital z certyfikatami jakości:

