

Dane medyczne. Ochrona danych osobowych, dokumentacja medyczna, monitoring, AI, otwarte dane + wzory do pobrania

Przejdź do produktu na ksiegarnia.beck.pl

Spis treści

O Autorach	XVII
Wykaz skrótów	XXI
Wykaz literatury	XXXI
Wprowadzenie	XXXVII
Rozdział I. Dane osobowe, dane medyczne, dokumentacja medyczna (<i>Paweł Litwiński</i>)	1
1. Dane osobowe	1
2. Dane medyczne	4
3. Dane medyczne a stosowanie RODO	6
4. Dokumentacja medyczna	7
Rozdział II. Podstawy prawne przetwarzania danych medycznych (<i>Iga Małobęcka-Szwast</i>)	9
1. Uwagi wprowadzające	9
2. Wyrażna zgoda osoby, której dane dotyczą (art. 9 ust. 2 lit. a RODO)	13
3. Niezbędność przetwarzania do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw w dziedzinie prawa pracy, zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej (art. 9 ust. 2 lit. b RODO)	15
4. Niezbędność przetwarzania do ochrony żywotnych interesów osoby fizycznej (art. 9 ust. 2 lit. c RODO)	15
5. Ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń oraz sprawowanie wymiaru sprawiedliwości przez sądy (art. 9 ust. 2 lit. f RODO)	16
6. Niezbędność przetwarzania ze względu na ważny interes publiczny (art. 9 ust. 2 lit. g RODO)	17
7. Niezbędność przetwarzania dla realizacji celów związanych ze zdrowiem (art. 9 ust. 2 lit. h RODO)	17
8. Niezbędność przetwarzania ze względów związanych z interesem publicznym w dziedzinie zdrowia publicznego (art. 9 ust. 2 lit. i RODO)	20
9. Niezbędność przetwarzania do celów archiwalnych w interesie publicznym, do celów badań naukowych lub historycznych lub do celów statystycznych (art. 9 ust. 2 lit. j RODO)	22

Rozdział III. Dokumentacja medyczna (<i>Paweł Domagała – pkt 5, Adam Klimowski – pkt 2 i 4, Jakub Rzymowski – pkt 3.3, Dominik Spatek – pkt 1 oraz 3.1 i 3.2</i>)	25
1. Prowadzenie dokumentacji medycznej	25
1.1. Definicja pojęcia „dokumentacja medyczna”	25
1.2. Obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej	26
1.3. Postać dokumentacji medycznej	28
1.3.1. Problem prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci mieszanej	29
1.3.2. Zakaz prowadzenia dokumentów równoległe w dwóch postaciach ..	30
2. Udostępnianie dokumentacji medycznej	31
2.1. Podstawowe pojęcia	31
2.1.1. Formy dokumentacji medycznej	31
2.1.1.1. Kopia/skan	31
2.1.1.2. Odpis	31
2.1.1.3. Oryginał	31
2.1.1.4. Wyciąg	32
2.1.2. Osoby uprawnione do dokumentacji	32
2.1.2.1. Pacjent	32
2.1.2.2. Przedstawiciel ustawowy	32
2.1.2.2.1. Rodzice	33
2.1.2.2.2. Opiekunowie i kuratorzy	33
2.1.2.3. Osoba upoważniona	34
2.1.2.3.1. Zakres pojęcia	34
2.1.2.3.2. Forma i treść upoważnienia	34
2.1.2.3.3. Przypadek szczególny: odbiór zaocznej recepty lub zlecenia	37
2.1.2.4. Osoba bliska	38
2.1.2.4.1. Osoba wskazana przez pacjenta	38
2.1.2.4.2. Przedstawiciel ustawowy	38
2.1.2.4.3. Osoba pozostająca we wspólnym pożyciu z pacjentem	38
2.1.2.4.4. Członkowie rodziny pacjenta	39
2.2. Osoby uprawnione do dokumentacji (weryfikacja uprawnień)	40
2.2.1. Za życia pacjenta	41
2.2.1.1. Przedstawiciel ustawowy	41
2.2.1.2. Osoba upoważniona	41
2.2.2. Po śmierci pacjenta	42
2.2.2.1. Przedstawiciel ustawowy	42
2.2.2.2. Osoba upoważniona	42
2.2.2.3. Osoba bliska	42
2.2.2.3.1. Weryfikacja uprawnień	42

2.2.2.3.2. Sprzeciw pacjenta	43
2.2.2.3.3. Sprzeciw innej osoby bliskiej	44
2.3. Podmioty uprawnione do dokumentacji	44
2.3.1. Podmioty wskazane w PrPacjRPPU	45
2.3.2. Podmioty wskazane w innych przepisach	48
2.4. Sposób udostępniania dokumentacji	48
2.4.1. Udostępnienie dokumentacji do wglądu	48
2.4.2. Sporządzenie wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku	49
2.4.3. Wydanie oryginału	49
2.4.4. Udostępnienie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej	50
2.4.5. Udostępnienie na informatycznym nośniku danych	50
2.5. Opłaty za dokumentację	51
2.5.1. Możliwość pobrania opłaty	51
2.5.1.1. Brak podstaw dla pobrania opłaty	51
2.5.1.1.1. Wniosek pacjenta lub osoby uprawnionej	51
2.5.1.1.2. Wniosek podmiotu	53
2.5.1.2. Podstawa dla pobrania opłaty	53
2.5.2. Wysokość opłaty	54
2.5.2.1. Zasady ogólne	54
2.5.2.2. Dodatkowe opłaty	56
2.5.2.3. Zakłady ubezpieczeń	56
2.5.3. Moment pobrania opłaty	57
2.5.4. Informowanie o wysokości opłaty	57
2.6. Termin realizacji wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej	58
2.7. Odmowa wydania dokumentacji	59
2.8. Wykaz udostępnionej dokumentacji medycznej	59
3. Elektroniczna dokumentacja medyczna i dokumentacja medyczna w formie elektronicznej, digitalizacja papierowej dokumentacji medycznej	60
3.1. Dokumentacja medyczna w postaci elektronicznej	60
3.1.1. Obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej	60
3.1.2. System teleinformatyczny do prowadzenia dokumentacji w postaci elektronicznej	65
3.1.3. Podpisywanie dokumentacji medycznej	68
3.2. Prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM)	69
3.3. Digitalizacja dokumentacji medycznej	71
4. Postępowanie z archiwalną papierową dokumentacją medyczną	74
4.1. Okres przechowywania dokumentacji	74
4.1.1. Okres wskazany w PrPacjRPPU	74
4.1.2. Okres wskazany w innych przepisach prawa	76

4.2. Sposób przechowywania dokumentacji	77
4.3. Postępowanie z dokumentacją po upływie terminu przechowywania	78
4.3.1. Niszczenie dokumentacji	78
4.3.1.1. Współpraca z zewnętrznym podmiotem	78
4.3.1.2. Niszczenie dokumentacji własnymi siłami	78
4.3.2. Zwrot dokumentacji pacjentowi lub osobom uprawnionym	80
4.4. Współpraca z podmiotami zewnętrznymi	81
4.5. Dokumentacja stanowiąca materiał archiwalny	82
5. Postępowanie z dokumentacją medyczną po zakończeniu działalności placówki medycznej	83
5.1. Przekazanie dokumentacji medycznej podmiotowi przejmującemu zadania	83
5.2. Przekazanie dokumentacji medycznej podmiotowi tworzącemu albo sprawującemu nadzór	84
5.3. Zawarcie umowy o przechowywanie dokumentacji medycznej	84
5.4. Śmierć lekarza wykonującego zawód w ramach praktyki zawodowej	85
5.5. Wykreślenie podmiotu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą	85
5.6. Sytuacja, w której nie można ustalić podmiotu odpowiedzialnego	85
5.7. Elektroniczna dokumentacja medyczna	86
Rozdział IV. Monitoring w placówkach ochrony zdrowia (Adam Klimowski – pkt 2 i 3, Tomasz Osiej – pkt 1)	87
1. Monitoring wizyjny w placówkach ochrony zdrowia	87
1.1. Definicja i rodzaje monitoringu	87
1.2. Rola i wymogi wobec monitoringu	89
1.3. Korzyści i zagrożenia związane z monitoringiem wizyjnym	91
1.4. Podstawy prawne wdrożenia monitoringu w placówkach medycznych	93
1.4.1. Podstawy prawne stosowania monitoringu	93
1.4.2. Przepisy branżowe	94
1.4.3. Krytyka regulacji	96
1.4.4. Monitoring – nagrywanie dźwięku	99
1.5. Wdrożenie monitoringu w placówce medycznej	100
1.5.1. Zaprojektowanie procesu	100
1.5.2. Procedury związane z monitoringiem wizyjnym	103
1.5.3. Informowanie o monitoringu	104
1.5.4. Rola IOD w zakresie wdrażania monitoringu	107
1.6. Przyszłość monitoringu w placówkach medycznych – perspektywy i rozwój	108
1.7. Podsumowanie	109
2. Nagrywanie rozmów telefonicznych przez placówki medyczne	110
2.1. Analiza zasadności rozwiązania	111

2.2. Cele nagrywania rozmów telefonicznych	111
2.3. Informowanie o nagrywaniu rozmów telefonicznych	112
2.3.1. Informowanie osób z zewnątrz	112
2.3.1.1. Rozmowy przychodzące (komunikat wstępny)	112
2.3.1.2. Rozmowy wychodzące (komunikat wstępny)	113
2.3.1.3. Komunikat pełny	113
2.3.1.4. Komunikat pełny (informacje o stanie zdrowia)	114
2.3.2. Informowanie osób zatrudnionych	115
2.4. Przechowywanie nagrań	115
2.4.1. Warunki przechowywania nagrań	115
2.4.2. Okres przechowywania nagrań	116
2.4.2.1. Nagrania w ramach teleporad	116
2.4.2.2. Nagrania w innych celach	116
2.4.3. Dostęp do nagrań w ramach placówki medycznej	116
2.5. Dostęp do nagrań przez osoby lub podmioty	117
2.5.1. Wnioski osób	117
2.5.2. Wnioski podmiotów	118
2.6. Współpraca z zewnętrznymi podmiotami	118
2.7. Obowiązek nagrywania rozmów telefonicznych	118
2.7.1. Podstawa dla przetwarzania danych	119
2.7.2. Informowanie o nagrywaniu rozmów	119
2.7.3. Okres przechowywania nagrań	119
3. Nagrywanie lekarzy i innych osób z personelu przez pacjentów	120
3.1. Podział sytuacji związanych z nagrywaniem	120
3.1.1. Jawność intencji nagrywającego	120
3.1.1.1. Nagrywanie potajemne	120
3.1.1.2. Nagrywanie jawne	120
3.1.2. Zakres osób nagrywanych	120
3.1.2.1. Nagranie uczestnika sytuacji	120
3.1.2.2. Nagranie osoby z zewnątrz	121
3.2. Nagrywanie jawne	121
3.2.1. Nagrywanie lekarza	121
3.2.2. Nagrywanie innego członka personelu	123
3.3. Wykorzystywanie nagrań	123
3.3.1. Wykorzystywanie nagrań bez publikacji	123
3.3.2. Publikacja nagrań	124
3.3.2.1. Konsekwencje na gruncie prawa autorskiego	124
3.3.2.2. Konsekwencje na gruncie prawa cywilnego	124
3.3.3. Nagranie jako dowód w postępowaniu	125
Rozdział V. Udzielanie informacji o stanie zdrowia (Adam Klimowski)	127

1. Podstawowe pojęcia	127
1.1. Informacje o stanie zdrowia	127
1.2. Osoby uprawnione do informacji o stanie zdrowia	128
1.2.1. Pacjent	128
1.2.2. Przedstawiciel ustawowy pacjenta	128
1.2.3. Osoba upoważniona	128
1.2.3.1. Zakres pojęcia	128
1.2.3.2. Forma i treść upoważnienia	128
1.2.4. Osoba bliska	131
1.2.5. Opiekun faktyczny	131
2. Osoby i podmioty uprawnione do informacji o stanie zdrowia (weryfikacja uprawnień)	131
2.1. Pacjent	132
2.2. Przedstawiciel ustawowy pacjenta	132
2.3. Osoba upoważniona	132
2.4. Osoba bliska	133
2.4.1. Weryfikacja uprawnień	133
2.4.2. Sprzeciw pacjenta	133
2.4.3. Sprzeciw innej osoby bliskiej	134
2.5. Opiekun faktyczny	134
2.6. Podmioty uprawnione	134
3. Zakres informacji medycznej	135
3.1. Ograniczenie zakresu informacji medycznej	137
3.1.1. Ograniczenie przez pacjenta	137
3.1.2. Ograniczenie przez lekarza	137
3.2. Zasada zachowania danych w tajemnicy i wyjątki od niej	138
3.2.1. Zwolnienie z tajemnicy na mocy ustawy	138
3.2.2. Zwolnienie z tajemnicy dla ratowania życia lub zdrowia	138
3.2.3. Zwolnienie z tajemnicy za zgodą pacjenta lub przedstawiciela ustawowego	139
3.2.4. Zwolnienie z tajemnicy dla udzielenia pacjentowi świadczeń	139
4. Odpłatność za przekazanie informacji o stanie zdrowia	139

Rozdział VI. Realizacja obowiązków informacyjnych przez placówkę medyczną jako administratora danych osobowych (Dominik Spątek) 141

1. Wybrane obowiązki informacyjne na gruncie przepisów branżowych	141
1.1. Obowiązki informacyjne na gruncie DziałLeczU	141
1.2. Obowiązki informacyjne na gruncie PrPacjRPPU	142
1.3. Obowiązki informacyjne na gruncie OgWarUmówŚOZR	144
1.4. Obowiązki informacyjne na gruncie ŚOZŚrPubU	145
2. Wybrane obowiązki informacyjne na gruncie przepisów prawa o ochronie danych osobowych oraz zasady związane z ich realizacją	145

2.1. Zasady ogólne	145
2.2. Obowiązek przekazania informacji o szczegółach przetwarzania danych osobowych – w przypadku zbierania danych od osoby, której dane dotyczą	148
2.3. Obowiązek przekazania informacji o szczegółach przetwarzania danych osobowych – w przypadku zbierania danych w ramach funkcjonowania systemu powiadamiania ratunkowego	151
2.4. Obowiązek przekazania informacji o szczegółach przetwarzania danych osobowych – w przypadku zbierania danych w sposób inny niż od osoby, której dane dotyczą	151
3. Odpowiedzialność za naruszenie przepisów o obowiązku informacyjnym	157
Rozdział VII. Przepływy danych osobowych – podział odpowiedzialności (Paweł Mielniczek)	159
1. Odębne administrowanie danymi osobowymi (ADO–ADO)	159
2. Powierzenie przetwarzania danych osobowych podmiotowi zewnętrznemu (administrator–procesor)	161
3. Współadministrowanie danymi osobowymi w ramach wspólnych procesów medycznych	163
4. Dalsze powierzenie przetwarzania (procesor–podprocesor)	166
5. Podsumowanie	167
Rozdział VIII. Analiza ryzyka i ocena skutków dla ochrony danych (art. 32 i 35 RODO) (Paweł Mielniczek)	169
1. Analiza ryzyka w praktyce medycznej jako fundament bezpieczeństwa danych osobowych (art. 32 RODO)	169
2. Ocena skutków dla ochrony danych w sektorze medycznym (art. 35 RODO)	175
3. Zarządzanie ryzykiem w kontekście nowych technologii: sztucznej inteligencji i zautomatyzowanego podejmowania decyzji w ochronie zdrowia	178
Rozdział IX. Naruszenia ochrony danych osobowych w podmiotach medycznych (Kamil Wojciechowski)	187
1. Szczegółne ryzyko naruszenia ochrony danych w obszarze medycznym	187
2. Akty prawne, źródła wiedzy, rekomendacje	188
3. Naruszenie ochrony danych osobowych w ujęciu formalnoprawnym	189
4. Identyfikowanie naruszeń ochrony danych osobowych	191
5. Ocena i klasyfikacja naruszenia	193
6. Analiza ryzyka w kontekście naruszenia ochrony danych osobowych	195
6.1. Ocena i klasyfikacja naruszenia ochrony danych osobowych	195
6.2. Podejście przedstawione w Poradniku UODO dotyczącym naruszeń oraz dodatkowe spostrzeżenia	195
7. Procedura obsługi naruszeń	197
8. Zgłaszanie naruszenia do organu nadzorczego	200
9. Zawiadamianie podmiotów danych o naruszeniu	201
10. Rejestr naruszeń	203
11. Dokumentowanie naruszenia	208

12. Praktyczne wskazówki dotyczące zawiadamiania osób o naruszeniu	208
13. Odpowiedzialność za naruszenia ochrony danych osobowych	209
14. Najczęstsze przyczyny i rodzaje naruszeń ochrony danych w placówkach medycznych	211
15. Zapobieganie naruszeniom ochrony danych osobowych	212
Rozdział X. Kontrola Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (Paweł Mielniczek, Jakub Schabowski)	215
1. Podmiot przeprowadzający kontrolę oraz plan kontroli	215
2. Podmioty, które mogą zostać objęte kontrolą w zakresie danych dotyczących zdrowia	218
3. Kontrolujący	219
4. Wyłączenie kontrolującego z udziału w kontroli	220
5. Upoważnienie do przeprowadzenia kontroli	221
6. Udział podmiotu medycznego w kontroli	222
7. Udział Inspektora Ochrony Danych Osobowych w kontroli	223
8. Zakres uprawnień kontrolujących wobec podmiotów medycznych	224
9. Przesłuchanie pracowników podczas kontroli	226
10. Ustalenie stanu faktycznego	227
11. Protokół kontroli	228
12. Czas trwania kontroli	229
13. Wszczęcie postępowania po kontroli	229
14. Przepisy odpowiednio stosowane do kontroli	230
15. Obszary, na które w praktyce zwraca uwagę Prezes UODO w toku kontroli danych medycznych	231
16. Przykład listy kontrolnej – przygotowanie do kontroli Prezesa UODO	233
17. Podsumowanie	235
Rozdział XI. Kodeksy postępowania (Natalia Domagała, Paweł Domagała)	237
1. Pojęcie kodeksu postępowania	237
2. Zakres stosowania kodeksów postępowania	238
2.1. Kryteria podmiotowe	238
2.2. Kryteria przedmiotowe	239
2.3. Podmioty monitorujące	241
3. Błędy przy przygotowaniu kodeksów postępowania	244
4. Zatwierdzone kodeksy postępowania w sektorze medycznym	245
4.1. Kodeks postępowania dla małych placówek medycznych	245
4.2. Kodeks postępowania dla sektora ochrony zdrowia	246
5. Wdrożenie kodeksu postępowania w placówce medycznej	247
5.1. Analiza wstępna i audyt	247
5.2. Dostosowanie dokumentacji i procedur	247
5.3. Wdrożenie środków technicznych i organizacyjnych	248

5.4. Szkolenia i komunikacja z personelem	248
5.5. Monitoring, audyty i doskonalenie	249
6. Korzyści ze stosowania kodeksów postępowania	250
6.1. Ułatwienie interpretacji przepisów RODO	250
6.2. Zwiększenie zaufania pacjentów	250
6.3. Ograniczenie ryzyka naruszeń i kar	250
7. Znaczenie kodeksów postępowania	251
Rozdział XII. Dane osobowe w badaniach klinicznych (<i>Iga Małobęcka-Szwast</i>)	253
1. Uwagi wprowadzające	253
2. Kategorie osób, których dane przetwarzane są w związku z badaniem klinicznym	255
3. Podmioty zaangażowane w badania kliniczne	255
4. Modele dystrybucji ról na gruncie RODO	257
4.1. Model 1: sponsor, główny badacz i (dodatkowo ewentualnie) ośrodek są współadministratorami	258
4.2. Model 2: sponsor jest administratorem danych, a badacz i ośrodek badawczy są podmiotami przetwarzającymi	259
4.3. Model 3: sponsor, główny badacz i ośrodek są samodzielnymi (niezależnymi) administratorami danych osobowych	259
4.4. Zespół badaczy i CRO	260
5. Podstawy prawne przetwarzania danych osobowych w ramach badań klinicznych	260
6. Eksterytorialność RODO w kontekście badań klinicznych i konieczność wyznaczenia przedstawiciela prawnego	265
7. Pseudonimizacja i realizacja praw podmiotów danych	266
8. Wybrane pozostałe obowiązki wynikające z RODO	267
Rozdział XIII. Otwarte dane w medycynie (<i>Marlena Sakowska-Baryła</i>)	271
1. Uwagi wprowadzające	271
2. Otoczenie technologiczne	272
3. Otwarte dane w dyrektywie 2019/1024 i przepisach ustawowych	274
3.1. Zakres i kluczowe definicje	274
3.1.1. Informacja sektora publicznego	275
3.1.2. Otwarte dane	275
3.1.3. Dane badawcze	277
3.1.4. Dane o wysokiej wartości	278
3.1.5. Podmioty sektora publicznego	278
3.1.6. Anonimizacja	279
3.2. Ograniczenia ponownego wykorzystywania w dyrektywie 2019/1024	280
3.3. Ograniczenia ponownego wykorzystywania w OtwDanU	281
3.3.1. Podmiotowo-przedmiotowe ograniczenia wynikające z art. 4 OtwDanU	282

3.3.2. Ograniczenia ze względu na tajemnice ustawowo chronione	282
3.3.3. Ograniczenia ze względu na ochronę danych osobowych	284
4. RODO jako podstawa przetwarzania danych w sektorze medycznym	285
5. Rozporządzenie o Europejskiej Przestrzeni Danych Dotyczących Zdrowia	286
5.1. Spójny europejski ekosystem danych	287
5.2. Ramy prawne wtórnego wykorzystywania danych dotyczących zdrowia	288
5.2.1. Warunki ogólne wtórnego wykorzystywania	288
5.2.2. Zakres podmiotowy	289
5.2.3. Prawa własności intelektualnej oraz tajemnica przedsiębiorstwa	289
5.2.4. Cele i ograniczenia wtórnego wykorzystywania	289
5.2.5. Zarządzanie i mechanizmy instytucjonalne	290
5.2.6. Obowiązki posiadaczy danych	290
5.3. Relacja do RODO i OtWDanU	291
6. Podsumowanie	291
Rozdział XIV. Etyczne aspekty wykorzystania danych osobowych przez sztuczną inteligencję w sektorze medycznym (Michał Czarnecki)	293
1. Uwagi wprowadzające	293
2. Zasady i wartości	296
3. (Nie)etyczna AI	299
4. Na styku techniki i etyki	301
5. Nowelizacja Kodeksu Etyki Lekarskiej	305
6. <i>Ethica ex machina</i>	309
6.1. Uprzedzenia algorytmiczne	310
6.2. Ochrona prywatności	311
6.3. <i>Black box medicine</i>	312
6.4. Cyberbezpieczeństwo	312
6.5. Personifikacja	313
6.6. Autonomia	314
7. Podsumowanie	314
Rozdział XV. Dane osobowe pacjentów w obrocie produktami leczniczymi (Piotr Kawczyński)	317
1. Podstawy prawne RODO w sektorze farmaceutycznym	317
2. Farmakowigilancja i ochrona danych	319
3. Ochrona danych osobowych w aptekach	321
4. Hurtownie farmaceutyczne	326
5. Projektowany Kodeks	329
6. Podsumowanie	331
Rozdział XVI. Transfery danych osobowych medycznych (Agnieszka Krzyżak)	333
1. Uwagi wprowadzające	333

2. Podstawowe pojęcia transferowe	334
2.1. Transgraniczne przetwarzanie	334
2.2. Transfer	337
2.3. Tranzyt	339
3. Nowi aktorzy: eksporter i importer	341
4. Zasada legalności a legalność transferów danych osobowych	342
5. Najpowszechniejsze mechanizmy legalizacji transferów	343
5.1. Decyzje o adekwatności	344
5.2. Standardowe klauzule ochrony	346
6. Skutki transferu – TIA	348
6.1. Nowe rozwiązanie starego problemu	348
6.2. Zastosowanie dla TIA	349
6.3. Wymagalność TIA: termin wykonania badania	350
6.4. Konstrukcja TIA: elementy badania	350
6.5. Opis transferu	351
6.6. Główny filar TIA: prawo państwa trzeciego	352
6.7. Praktyki w państwie trzecim jako drugi filar TIA	355
6.8. Dodatkowe aspekty i informacje	356
6.9. Wnioski TIA: „punkty zapalne” i środki zabezpieczające	357
6.10. TIA a rozliczalność	358
6.11. Praktycznie o TIA	359
7. Bezpieczeństwo transferu	360
8. Na co jeszcze zwrócić uwagę?	362
Rozdział XVII. Dane medyczne w zatrudnieniu. Medycyna pracy (Monika Banas)	363
1. Pojęcie danych medycznych w zatrudnieniu	363
2. Ograniczenie dopuszczalności przetwarzania danych osobowych medycznych jako przejaw przeciwdziałania dyskryminacji w zatrudnieniu	364
3. Dane medyczne a stosunek zatrudnienia	368
3.1. Dane medyczne pozyskiwane przed zatrudnieniem	369
3.2. Obowiązki pracodawcy z zakresu medycyny pracy przed zatrudnieniem	370
3.3. Dane medyczne pozyskiwane w trakcie stosunku pracy	372
3.4. Medycyna pracy: badania profilaktyczne pracowników	373
3.5. Dane osobowe medyczne a szczególne uprawnienia pracowników	377
3.5.1. Dane osobowe medyczne a szczególne uprawnienia związane z niepełnosprawnością	378
3.5.2. Dane osobowe medyczne a szczególne uprawnienia związane z macierzyństwem	380
3.6. Inne przypadki przetwarzania danych osobowych medycznych w ramach stosunku pracy	382

[Przejdź do księgarni →](#)

ksiegarnia.beck.pl