

OŚWIADCZENIE PACJENTA
(PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

Dane Pacjenta:

Imię i nazwisko, PESEL

Adres zamieszkania

Telefon, e-mail.....

Dane rodziców, opiekunów prawnych (jeśli Pacjent jest małoletni)

.....
Imię, Nazwisko Matki, PESEL

.....
Imię, Nazwisko Ojca, PESEL

Do uzyskania informacji o udzielonych świadczeniach oraz do dokumentacji medycznej we wszystkich prawnie dopuszczalnych formach tak za życia jak i po mojej śmierci stosownie do treści art. 26 ust. 1 i ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta upoważniam*:

Nie upoważniam nikogo.

1.

(Imię, Nazwisko osoby upoważnionej, Data urodzenia/PESEL)

.....
(Nr telefonu, adres e-mail)

do informacji o stanie zdrowia pacjenta,

do dokumentacji medycznej,

do odbioru recept.

.....
Data i podpis Pacjenta

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w niniejszej placówce przez:

• Kontakt telefoniczny w celu realizacji wizyty *(telefon w sprawie jej potwierdzenie, przesunięcia, odwołania):*

Tak

Nie

• Kontakt sms w celu realizacji wizyty *(sms w sprawie jej potwierdzenie, przesunięcia, odwołania):*

Tak

Nie

• Kontakt mailowy w celu przesłania dokumentacji medycznej oraz przesłania informacji o aktualnych programach zdrowotnych w rozumieniu art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczeniu usług drogą elektroniczną:

Tak

Nie

Zostałem-am poinformowany/-a o prawie: dostępu do danych; ich sprostowania, usunięcia; ograniczenia przetwarzania; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania; przenoszenia; cofnięcia zgody w dowolnym momencie.

.....
Data i podpis Pacjenta

Objaśnienia:

*Upoważnienie jest ważne we wszystkich poradniach Administratora danych.