OŚWIADCZENIE PACJENTA

(proszę wypełniać drukowanym literami)

Ja (imię i nazwisko) ……

PESEL *(jeśli nie był nadany - data urodzenia*) ……

Adres zam. z kodem ……

Tel: …… e-mail: ……..……...

Dane rodziców, opiekunów prawnych (jeśli Pacjent jest małoletni)

(Imię i Nazwisko Matki , PESEL) ……..……..

(Imię i Nazwisko Ojca, PESEL) ……..

Do uzyskiwania informacji o udzielonych świadczeniach oraz do dokumentacji medycznej we wszystkich prawnie dopuszczalnych formach upoważniam:

□ **NIE UPOWAŻNIAM NIKOGO**
□ **UPOWAŻNIAM:**

(imię i nazwisko) ……..……....

Tel:……...… Data ur. lub PESEL ……..……..…

□ Do informacji o stanie zdrowia pacjenta;
□ Do dokumentacji medycznej;
□ Do odbioru recept

……..
(Data i podpis pacjenta lub opiekuna prawnego)

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (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 potwierdzenia, przesunięcia, odwołania);

☐ Tak ☐ Nie

Kontakt sms w celu realizacji wizyty (sms w sprawie jej potwierdzenia, przesunięcia, odwołania);

☐ Tak ☐ Nie

Kontakt mailowy w celu przesłania aktualnych promocji 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 danych; cofnięcia zgody w dowolnym momencie.

……..
(Data i podpis pacjenta lub opiekuna prawnego)

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania / udzielenie świadczenia zdrowotnego w niniejszej placówce** ……....

(Data i podpis pacjenta lub opiekuna prawnego)

***** Upoważnienie jest ważne we wszystkich poradniach Administratora danych.

****** Zgoda na przeprowadzenie badania / udzielenie świadczenia jest ważna do momentu jej odwołania.