

Imię i nazwisko Pacjenta

Data urodzenia.....PESEL

Tel. kontaktowy..... adres e-mail:

<input type="checkbox"/> TAK*	<input type="checkbox"/> NIE*	<p style="text-align: center;">OŚWIADCZENIE O UPOWAŻNIENIU OSOBY BLISKIEJ DO ZASIĘGANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA</p> <p>Na podstawie § 8 pkt. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, upoważniam:</p> <p>Panią/Pana..... (imię i nazwisko osoby upoważnionej)</p> <p>Zamieszkałą/ego:</p> <p>Data urodzenia/PESEL</p> <p>Nr telefonu:</p> <p>do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia, planowanych i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych.</p>
<input type="checkbox"/> TAK*	<input type="checkbox"/> NIE*	<p style="text-align: center;">OŚWIADCZENIE O UPOWAŻNIENIU DO DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ</p> <p>Na podstawie § 8 pkt. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania – ja, niżej podpisana/y oświadczam, że upoważniam wyżej wymienioną osobę do uzyskiwania dostępu do dotyczącej mnie dokumentacji medycznej.</p> <p>Upoważnienie obejmuje prawo wglądu, uzyskiwania kopii, wyciągów lub odpisów dotyczącej mnie dokumentacji medycznej.</p>
<input type="checkbox"/> TAK*	<input type="checkbox"/> NIE*	<p style="text-align: center;">OŚWIADCZENIE O BRAKU UPOWAŻNIENIU DO ZASIĘGANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI</p> <p>Na podstawie § 8 pkt. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania – ja, niżej podpisana/y oświadczam, że nie upoważniam żadnej osoby do uzyskiwania dostępu do dotyczącej mnie dokumentacji medycznej oraz do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia, planowanych i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych</p>
<input type="checkbox"/> TAK*	<input type="checkbox"/> NIE*	<p>Ja niżej podpisana/y wyrażam zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO¹ wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych (w tym danych osobowych szczególnych) przez NZPOZ „Promedica” Jacek Kubiak, z siedzibą: 63-842 Pudliszki, ul. Szkolna 1, NIP 696-102-31-52 w celu komunikacji i korzystania z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dot. planowanych wizyt, jak również informacji o medycznej działalności NZPOZ „Promedica” Jacek Kubiak, z siedzibą: 63-842 Pudliszki, ul. Szkolna 1, NIP 696-102-31-52</p> <p>Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki o których mowa w art. 7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie, zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie o warunku możliwości jej rozliczalności.</p> <p>Zostałem również poinformowany o tym, że dane zbierane są przez NZPOZ „Promedica” Jacek Kubiak, z siedzibą: 63-842 Pudliszki, ul. Szkolna 1, NIP 696-102-31-52, który jest Administratorem w/w danych, o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom, chyba że wymagać tego będzie sytuacja zagrażająca mojemu życiu lub zdrowiu lub w sytuacji konieczności wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze.</p>

.....
(czytelny podpis Pacjenta – imię i nazwisko /lub w przypadku Pacjenta poniżej 16 roku życia – podpis rodzica/opiekuna prawnego)

1) Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. 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).

*) należy zaznaczyć wyraźnie znakiem „X” odpowiednią i tylko jedną odpowiedź