

Oświadczenie pacjenta

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
adres zamieszkania

Na podstawie ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2019.1127 z późn. zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 roku w sprawie rodzajów i zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015.2069 z późn. zm.) oświadczam, że:

1. Upoważniam / nie upoważniam nikogo*

.....
imię i nazwisko, dane kontaktowe
do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

2. Upoważniam / nie upoważniam nikogo*

.....
imię i nazwisko, dane kontaktowe
do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.

Upoważnienie to dotyczy/nie dotyczy* wglądu do dokumentacji w przypadku mojej śmierci.

3. Upoważniam / nie upoważniam nikogo*

.....
imię i nazwisko, dane kontaktowe
do odbioru recept lub zleceń wystawionych w ramach realizacji mojego prawa do świadczeń, zgodnie z art. 42 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity: Dz. U. 2019.537 z późn. zm.)

4. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie wszelkich zleconych oraz uzasadnionych medycznie badań i udzielanie innych świadczeń zdrowotnych na rzecz mojej osoby **.

**) Zostałem/am pouczony/a, o:

- prawie do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowania;

- prawie odwołania zgody na przeprowadzenie badań i udzielanie innych świadczeń zdrowotnych.

W razie braku zgody, wykonanie badania lub udzielenie świadczenia zdrowotnego będzie dopuszczalne w sytuacji konieczności udzielenia niezwłocznej pomocy lekarskiej.

Zgoda własna Pacjenta wyrażona we własnym imieniu (ukończona 16 lat)

.....
data i podpis

Zgoda wyrażona w imieniu osoby małoletniej lub pozostającej pod opieką

*Przychodnia Lekarzy Specjalistów
„ESKULAP”
98-300 Wieluń, ul. 18 Sycznia 16
tel. 43 843 91 60
REGON 730988667*

Oświadczenie pacjenta

Wieluń,

.....
(miejscowość i data)

Dane pacjenta:
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(imię i nazwisko pacjenta)

PESEL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Zakres danych:

nr telefonu

adres e-mail

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ja niżej podpisałem, wyrażam zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia 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 uchyleniem dyrektywy 85/46/WEE wyrażną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez:

Przychodnia Lekarzy Specjalistów „ESKULAP” ; 98-300 Wieluń, ul. 18 Sycznia 16
(nazwa i adres placówki medycznej)

w celu komunikacji, korzystania z usług medycznych oraz na otrzymanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dotyczących planowanych wizyt, jak również informacji o medycznej działalności

Przychodnia Lekarzy Specjalistów „ESKULAP” ; 98-300 Wieluń, ul. 18 Sycznia 16
(nazwa placówki medycznej)

Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki o których mowa w art. 7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie, zapytania o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie o warunku możliwości jej rozliczalności. Zostałem również poinformowany o tym, że dane zbierane są przez:

Przychodnia Lekarzy Specjalistów „ESKULAP” ; 98-300 Wieluń, ul. 18 Sycznia 16
(nazwa i adres placówki medycznej)

o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

Zgoda własna Pacjenta wyrażona we własnym imieniu (ukończona 16 lat)

.....
data i podpis

Zgoda wyrażona w imieniu osoby małoletniej lub pozostającej pod opieką