

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

(pieczęć placówki medycznej)

Oświadczenie pacjenta RODO

Wieluń,

(miejsowość i data)

Dane pacjenta:

(imię i nazwisko pacjenta)

PESEL

Zakres danych:

nr telefonu

adres e-mail

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ja niżej podpisały, 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/WE wyrażną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez:

Przychodnia Lekarzy Specjalistów „ESKULAP”; 98-300 Wieluń, ul. 18 Stycznia 16

(nazwa i adres placówki medycznej)

w celu komunikacji, korzystania z usług medycznych oraz na otrzymywanie 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 Stycznia 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/ęm również poinformowany/a o tym, że dane zbierane są przez:

Przychodnia Lekarzy Specjalistów „ESKULAP”; 98-300 Wieluń, ul. 18 Stycznia 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 (ukończone 16 lat)

data i podpis

Zgoda wyrażona w imieniu osoby małoletniej lub pozostającej pod opieką

data i podpis rodzica lub opiekuna prawnego

OŚWIADCZENIE, ZGODA NA ZABIEG/BADANIE

Planowany zabieg

/ badanie

:

Ja, niżej podpisany/a

adres

urodzony/a dnia

W

PESEL

Oświadczam, że:

- Zostałem/am szczegółowo i w zrozumiały sposób poinformowany/a o celowości i istocie zabiegu/badania, znieczuleniu oraz potencjalnych zagrożeniach będących następstwem zabiegu/badania.
- Otrzymałem/am prospekt informacyjny dotyczący zabiegu/badania, znieczulenia oraz przygotowania do zabiegu/badania i stwierdzam, że zapoznałem/am się ze szczegółowym opisem zabiegu/badania, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku w/w zabiegu/badania i zgadzam się na proponowane leczenie.
- Decyzję o wyborze premedykacji - znieczulenia, pozostawiam operatorom lub wykonującym badanie.
- Zostałem/am również zapoznany/a z ewentualnymi powikłaniami mogącymi wystąpić w poszczególnych sposobach i metodach znieczulenia - premedykacji.
- Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu zabiegu w niezbędnym zakresie zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie tego wymagała sytuacja powstała w wyniku procesu terapeutycznego.
- Zgadzam się na przeniesienie mnie / mojego dziecka do właściwego oddziału stacjonarnego, zgodnie z decyzją lekarza operującego lub lekarza anestezjologa, jeśli wymagałoby tego mój / mojego dziecka stan zdrowia.
- Wyrażam zgodę na wykonanie podczas zabiegu/badania dokumentacji fotograficznej i publikowanie jej w celach dydaktycznych i naukowych z zachowaniem przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (z późniejszymi zmianami)
- Uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i proszę o wykonanie proponowanej procedury.

Ewentualne uwagi pacjenta:

Wieluń, dnia

podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

Stwierdzam, że przedstawiłem pacjentowi/przedstawicielowi ustawowemu planowany sposób leczenia zgodnie z prawdą i posiadaną wiedzą medyczną oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku zabiegu.

Wieluń, dnia