

Imię i nazwisko Pacjenta	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Numer telefonu kontaktowego adres mailowy:	

ZGODA PACJENTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Wyrażam zgodę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach **Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej WER-MED Krystyna Werner sp. z o.o.**, ul. Parkowa 7;9, 58-200 Dzierżoniów.
(Zgodnie z ustawą z dnia 6.11.2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – Dz. U. 2024 nr 581 poz. 417).

ZGODA PACJENTA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych **Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej WER-MED Krystyna Werner sp. z o.o.**, ul. Parkowa 7;9, 58-200 Dzierżoniów oraz płatnika, a także na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dot. planowanych wizyt, jak również informacji o medycznej działalności Placówki.

Powyższe dane będą przechowywane w dokumentacji medycznej 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o tym, że dane są zbierane przez ww. podmiot, o celu zbierania danych, prawie wglądu do tych danych i wnoszenia poprawek, prawie do skargi.

(Zgodnie z postanowieniami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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), zwanego dalej „RODO”).

OŚWIADCZENIE PACJENTA O UPOWAŻNIENIU OSOBY BLISKIEJ DO UZYSKIWANIA INFORMACJI O JEGO STANIE ZDROWIA I DO UZYSKIWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ORAZ SKŁADANIA PODPISÓW W JEGO IMIENIU NA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

UPOWAŻNIAM

Imię i nazwisko osoby upoważnionej	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Udostępniam numer telefonu osoby upoważnionej	

Prosimy zaznaczyć właściwą odpowiedź:

- ☐ Do uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych.
- ☐ Do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej, w tym w przypadku mojej śmierci.
- ☐ Do odbioru recept.
- ☐ Do umawiania, modyfikacji i odwoływania moich wizyt, w tym do pozyskiwania informacji o planowanych i zrealizowanych wizytach.
- ☐ Do składania podpisów w moim imieniu na dokumentach medycznych dotyczących mojego leczenia.

NIE UPOWAŻNIAM

- ☐ Oświadczam, iż nie udzielam komukolwiek upoważnienia do odbioru mojej dokumentacji medycznej, w tym w przypadku mojej śmierci.
- ☐ Oświadczam, iż nie udzielam upoważnienia do przekazywania komukolwiek informacji o stanie mojego zdrowia i o udzielonych świadczeniach medycznych (z wyłączeniem upoważnień ustawowych).

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. nr 798 z 2024r.)

Dzierżoniów, dnia.....

.....
(podpis pacjenta/osoby upoważnionej z mocy prawa)

Dane osoby upoważnionej z mocy prawa:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL:

Telefon

.....
(podpis pracownika odbierającego oświadczenie)