

Imię i nazwisko Pacjenta	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Numer telefonu kontaktowego	

### **ZGODA PACJENTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

Wyrażam zgodę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej WER-MED, ul. Parkowa 7;9, 58-200 Dzierżoniów.

(Zgodnie z ustawą z dnia 6.11.2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – Dz. U. 2009 nr 52 poz. 417)

### **ZGODA PACJENTA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej WER-MED, 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 zbierane są przez ww. podmiot, o celu zbierania danych, prawie wglądu do tych danych i wnoszenia poprawek.

(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	
Numer telefonu kontaktowego	

Prosimy zaznaczyć właściwą odpowiedź:

- 1) Do składania podpisów w moim imieniu na dokumentach medycznych dotychczasowych leczenia.
- 2) Do uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.
- 3) Do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej, w tym w przypadku mojej śmierci.
- 4) Oświadczam, iż nie udzielam komukolwiek upoważnienia do odbioru mojej dokumentacji medycznej, w tym w przypadku mojej śmierci.
- 5) 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 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2010 nr 252 poz. 1697).

Dzierżoniów, dnia.....

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

.....  
(podpis pracownika odbierającego oświadczenie)

Dane osoby upoważnionej z mocy prawa:

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

PESEL: .....