



DANE PACJENTA

NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA:	
PESEL:	
ADRES ZAMIESZKANIA:	

DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO UDZIELENIA **INFORMACJI O MOIM STANIE ZDROWIA ORAZ UDZIELONYCH MI ŚWIACZEŃ ZDROWOTNYCH**

NAZWISKO I IMIĘ	
PESEL:	
ADRES ZAMIESZKANIA:	
<input type="checkbox"/> NIE UPOWAŻNIAM NIKOGODO UDZIELENIA INFORMACJI O MOIM STANIE ZDROWIA ORAZ UDZIELONYCH MI ŚWIACZEŃ ZDROWOTNYCH	

DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ **DO OTRZYMANIA DOSTĘPU DO MOJEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

NAZWISKO I IMIĘ	
PESEL:	
ADRES ZAMIESZKANIA:	
<input type="checkbox"/> NIE UPOWAŻNIAM NIKOGODO DO OTRZYMANIA DOSTĘPU DOMOJEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ	

DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO ODBIORU W MOIM IMIENIU **RECEPTY/ SKIEROWANIA**

NAZWISKO I IMIĘ	
PESEL:	
ADRES ZAMIESZKANIA:	
<input type="checkbox"/> NIE UPOWAŻNIAM NIKOGODO DO ODBIORU RECEPTY / SKIEROWANIA	

*zaznaczyć właściwe

Ponadto oświadczam, iż zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości cofnięcia udzielonego upoważnienia

.....
Czytelny podpis pacjenta składającego oświadczenie

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Oświadczam, że wyrażam dobrowolną i świadomą zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i danych medycznych, w tym danych, o których mowa w ustawie z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018, poz. 1000 z późn. zm.), ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych obowiązującą w zakresie oznaczonym w art. 175 ustawy z dnia 10 maja 2018 roku, oraz Rozporządzeniu 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 („RODO”) przez upoważnionych pracowników medycznych i administracyjnych Centrum Medycznego Zjednoczenia Sp. z o. o. Powyższa zgoda dotyczy:

1. danych o stanie zdrowia zawartych w mojej dokumentacji medycznej będącej w posiadaniu Centrum Medycznego Zjednoczenia Sp. z o.o.
2. danych zawartych w przekazanych przeze mnie dokumentach.

Data CZYTELNY podpis pacjenta

Jednocześnie oświadczam, że zgodnie z art. 24 ustawy o ochronie danych osobowych zostałam/em poinformowana/y, że:

1. Administratorem danych jest Centrum Medyczne Sp. z o. o. z siedzibą w Chorzowie 41-500 , ul. Zjednoczenia 3.
2. Przekazane dane osobowe wykorzystywane będą w celach związanych z prowadzeniem dokumentacji medycznej, statystycznych, sprawozdawczo-rozliczeniowych z Narodowym Funduszem Zdrowia, Ministerstwem Zdrowia, Krajowym Rejestrem Nowotworów, Głównym Urzędem Statystycznym i innymi jednostkami uprawnionymi do otrzymania przedmiotowych danych.
3. Przekazanie wyżej wskazanych danych jest dobrowolne, aczkolwiek niezbędne do prowadzenia dokumentacji medycznej, przysługuje mi prawo do dostępu do treści moich danych.

Data CZYTELNY podpis pacjenta

Podstawa prawna:

1. Przepisy w/w ustawy z dnia 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009r., Nr 52, poz. 417 z późn. zm.):
 - art. 26.1. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.
 - art. 26.2. Po śmierci pacjenta, prawo do wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia.
2. §8 pkt 2 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21.12.2010r. W sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. Nr 252 poz.1697), który stanowi, że w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej zamieszcza się lub dołącza do niej oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia.