

Imię i nazwisko Pacjenta
Adres zamieszkania
PESEL
Telefon kontaktowy

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZEPROWADZENIE BADANIA/
UDZIELENIE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO ORAZ
ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Wyrażam zgodę na /przeprowadzenie badania/ udzielenie świadczenia zdrowotnego/* przez

.....,

zostałam/em zapoznana/y o możliwych powikłaniach w trakcie leczenia oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych świadczeniodawcy i płatnika.

.....
Data i podpis Pacjenta

(* Uwaga - niepotrzebne skreślić)

Zgodnie z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 nr 52 poz. 417) i Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926).

**UPOWAŻNIENIE OSOBY BLISKIEJ DO UZYSKIWANIA INFORMACJI O STANIE
ZDROWIA I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH
ORAZ DO UZYSKIWANIA DOKUMENTACJI**

- Oświadczam, iż /do otrzymywania informacji na temat stanu mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych/ oraz /do uzyskiwania dokumentacji medycznej (także w przypadku mojej śmierci)/*upoważniam następującą osobę:

Imię i nazwisko
Adres zamieszkania
Numer dowodu
Telefon kontaktowy
Stopień pokrewieństwa

Imię i nazwisko
Adres zamieszkania
Numer dowodu
Telefon kontaktowy
Stopień pokrewieństwa

- Oświadczam, iż nie udzielam upoważnienia /do przekazywania komukolwiek informacji o stanie mojego zdrowia i o udzielonych świadczeniach zdrowotnych (z wyłączeniem upoważnień ustawowych)/ oraz /do odbioru mojej dokumentacji medycznej/*.

.....
Data i podpis Pacjenta

(* Uwaga - niepotrzebne skreślić)

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).