

Imię i nazwisko Pacjenta składającego oświadczenie

Nr PESEL

Adres zamieszkania

Nr telefonu

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Do uzyskania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych

☐ Upoważniam (imię i nazwisko)

PESEL Adres

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

☐ Nie upoważniam żadnej osoby do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

.....
(data i podpis pacjenta lub przedstawiciela)

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Do uzyskiwania dokumentacji medycznej

☐ Upoważniam (imię i nazwisko)

PESEL Adres

do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej stanu mojego zdrowia / odebrania recept * .

☐ Nie upoważniam żadnej osoby do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

.....
(data i podpis pacjenta lub przedstawiciela)

OŚWIADCZENIE PACJENTA

O otrzymanej informacji na temat praw Pacjenta

Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a o przysługujących mi prawach Pacjenta.

.....
(data i podpis pacjenta lub przedstawiciela)

OŚWIADCZENIE PACJENTA

O wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego , na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

.....
(data i podpis pacjenta lub przedstawiciela)

OŚWIADCZENIE PACJENTA

O zapoznaniu się z klauzulą informacyjną dotyczącą danych osobowych

Administratorem Państwa danych osobowych jest Centrum Medyczne KORMED Sp. z o.o. z siedzibą w Lubaczowie (37-600) przy ul. Tadeusza Kościuszki 141/7, adres email: kormed@interia.pl , numer telefonu (16) 632-03-10, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0001143434, numer NIP: PL7931626389, REGON: 363618894.

Oświadczam, że zostałem/-am zapoznany/-a z klauzulą informacyjną. Szczegóły klauzuli informacyjnej zostały udostępnione na stronie internetowej Centrum Medycznego KORMED oraz na tablicach ogłoszeń CM KORMED.

.....
(data i podpis pacjenta lub przedstawiciela)

*właściwie podkreślić

Podstawa prawna:

1.Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r. 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), zwanej dalej także RODO.

2.Ustawa z dnia 6.11.2008r o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009r, Nr 52, poz. 417 z późn. Zm.)

3.Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U z 2015r poz. 2069 z późn. Zm.)