

OŚWIADCZENIE PACJENTA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO

PACJENT:

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 adres e-mail:

Adres tel:

- 1.1 Upoważniam następujące osoby do otrzymania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielanych mi świadczeniach:
- 1.2. Nie upoważniam żadnych osób do otrzymania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielanych mi świadczeniach.
- 2.1. Upoważniam następujące osoby do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby:
- 2.2 Nie upoważniam żadnych osób do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby:

L.p.	osoba upoważniona	adres

3. **Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań lub innych świadczeń zdrowotnych.** z 10.05.18 por. 1000
(na podstawie art. 14 ust.2 pkt 3 oraz art.26 ust.1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta Dz.U.2016.186 z dnia 16 lutego 2016)
4. Wyrażam zgodę na przesyłanie dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby na wskazany przeze mnie adres e-mail:
5. Zostałam / zostałem poinformowany o możliwości zapoznania się z Kartą Praw Pacjenta.
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu wykonania badań i świadczeń zdrowotnych zgodnie z przepisami Ustawy o ochronie danych osobowych.

Data złożenia oświadczenia

.....
podpis pacjenta lub opiekuna prawnego