

.....
(pieczęćka jednostki organizacyjnej)

.....
(miejscowość, data)

OŚWIADCZENIE Pacjenta o upoważnieniu

Nazwisko i imię: Płeć: K/M*

Data ur.:

PESEL:

Adres:
.....
.....

1.	<p>Upoważniam / nie upoważniam nikogo* do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych:</p> <p>imię i nazwisko:</p> <p>data urodzenia:</p> <p>tel.:</p> <p>Upoważniam / nie upoważniam nikogo* do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby:</p> <p>imię i nazwisko:</p> <p>data urodzenia:</p> <p>tel.:</p> <p>Ponadto oświadczam, iż zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości cofnięcia udzielonego upoważnienia.</p>	(czytelny podpis pacjenta)
2.	<p>Oświadczam, że wyrażam zgode na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w art. 16-18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.</p>	(czytelny podpis pacjenta)
3.	<p>Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Kartą Praw Pacjenta i Regulaminem Podmiotu Leczniczego oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania.</p>	(czytelny podpis pacjenta)

Podstawa prawna:

- art. 26 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2023.1545)
- § 8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 06 kwietnia 2020r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2022 poz. 1304).

*niepotrzebne skreślić

.....
(pieczęćka jednostki organizacyjnej)

Imię i nazwisko pacjenta:..... **Nr ks. gł.:**.....

OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ Z KLAUZULĄ INFORMACYJNĄ

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że zgodnie z art. 13 ust 1 i 2 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 (Dz. Urz. UE L 119 z 2016 r.) zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z przysługującym prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne.

.....
data i podpis pacjenta

ZGODA NA PRZESYŁANIE INFORMACJI HANDLOWEJ

Wyrażam / Nie wyrażam* zgody na przetwarzanie przez „Nefrolux” Wojciech Kamiński, Maciej Kamiński Sp. z o. o. moich danych osobowych w postaci imienia, nazwiska i adresu do korespondencji w celu przesyłania mi informacji dotyczących produktów i usług oferowanych przez „Nefrolux” Wojciech Kamiński, Maciej Kamiński Sp. z o. o. za pomocą wiadomości listownych.

Wyrażam / Nie wyrażam* zgody na przetwarzanie przez „Nefrolux” Wojciech Kamiński, Maciej Kamiński Sp. z o. o. moich danych osobowych w postaci adresu poczty elektronicznej w celu przesyłania mi informacji dotyczących produktów i usług oferowanych przez „Nefrolux” Wojciech Kamiński, Maciej Kamiński Sp. z o. o. za pomocą środków komunikacji elektronicznej, stosownie do treści przepisu art. 10 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną.

Wyrażam / Nie wyrażam* zgody na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci podanego przeze mnie numeru telefonu przez „Nefrolux” Wojciech Kamiński, Maciej Kamiński Sp. z o. o. w celu kontaktu przy użyciu telekomunikacyjnych urządzeń końcowych oraz automatycznych systemów wywołujących w rozumieniu ustawy Prawo telekomunikacyjne.

.....
data i podpis pacjenta