OŚWIADCZENIE PACJENTA

LUB OPIEKUNA PRAWNEGO

IMIĘ I NAZWISKO

.....

PESEL

.....

ADRES ZAMIESZKANIA

.....

☐ 1.1 Upoważniam następujące osoby do otrzymania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielanych mi świadczeń

☐ 1.2 Nie upoważniam żadnych osób do otrzymania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielanych mi świadczeniach

☐ 2.1 Upoważniam następujące osony do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczące mojej osoby

☐ 2.2 Nie upoważniam żadnych osobó do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby

L.p	**OSOBA UPOWAŻNIONA**	**ADRES ZAMIESZKANIA OSOBY UPOWAŻNIONEJ**

3. **Wyrażam zgodę na przeprowadzenia badań lub innych świadczeń zdrowotnych** (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 poinformowana/y 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 PODPISU **PODPIS**

....