

PULAWY dnia

Imię i nazwisko, (pacjenta) Nr Pesel

.....

adres Telefon

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w dokumentacji medycznej (elektronicznej i papierowej) utworzonej na potrzeby udzielenia świadczeń : usług medycznych , ochrona stanu zdrowia , zarządzanie udzielaniem świadczeń medycznych Esculap S.C. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej R. Chwedorowicz A. Łabanowska al. Partyzantów 43, 24-100 Puławy w, zgodnie z Rozporządzenie 2016/679 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.

Jednocześnie oświadczam, iż wyrażam zgodę na otrzymywanie wiadomości sms i kontaktu telefonicznych związanych z informacjami dotyczącymi wizyt i usług świadczonych w Esculap S.C. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej R. Chwedorowicz A. Łabanowska al. Partyzantów 43, 24-100 Puławy

Mam prawo żądania od administratora dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania i usunięcia, a także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

....., data podpis pacjenta/opiekuna

Wyrażam zgodę na zabiegi medyczne/konsultacje lekarskie:

związane z procesem leczniczym w Esculap S.C. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej R. Chwedorowicz A. Łabanowska al. Partyzantów 43, 24-100 Puławy

..... data podpis pacjenta/opiekuna

Upoważniam Esculap S.C. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej R. Chwedorowicz A. Łabanowska al. Partyzantów 43, 24-100 Puławy

do udzielenia informacji o moim stanie zdrowia oraz do udostępnienia mojej dokumentacji medycznej Panu/i (Imię nazwisko osoby upoważnionej).....

adres do kontaktu,.....
Telefon),.....

zgodnie z art. 26 ust.1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2017 poz. 1318 z późn. zm.)

....., data podpis pacjenta/opiekuna

UWAGA! W przypadku, gdy ww. pacjent jest osobą małoletnią, całkowicie ubezwłasnowolnioną lub niezdolną do świadomego wyrażenia zgody, zgody udziela- jego przedstawiciel ustawowy (opiekun). (podać dane):

nazwisko i imię:.....,
adres miejsca zamieszkania:.....
telefon

*niepotrzebne skreślić. (skreślenie jest jednoznaczne z brakiem wyrażenia zgody).