

# Zgoda na usługi medyczne, udzielanie informacji o stanie zdrowia oraz na udostępnianie dokumentacji medycznej

Janów Lubelski, dnia .....

Imię Nazwisko .....

Pesel

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

Adres zamieszkania .....

## I

1. Oświadczam, że wyrażam zgodę na prowadzenie badań lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego numeru telefonicznego oraz adresu email, otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej oraz poczty elektronicznej informacji medycznych, marketingowych, oraz gromadzenie i przetwarzanie przez NZOZ „Zdrowie” s.c. w Janowie Lubelskim przekazanych przeze mnie danych dla potrzeb realizacji świadczeń medycznych i profilaktycznych.

TAK  NIE

**II.** Na podstawie art. 9 ust. 3 oraz art. 26 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r., poz. 159 z późn. zm.), oświadczam, iż wyrażam zgodę na:

1. Udzielanie wszelkich informacji o moim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach badań oraz rokowaniu,

TAK  NIE

2. Udostępnienie wszelkiej dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia oraz udzielonych mi świadczeń zdrowotnych,

TAK  NIE

3. Do uzyskania ksera dokumentacji w przypadku mojej śmierci,

TAK  NIE

4. Do odbioru recept.

TAK  NIE

następującym osobom:

1) .....  
Imię i nazwisko osoby upoważnionej, numer PEŁSEL, numer dowodu osobistego

2) .....  
Imię i nazwisko osoby upoważnionej, numer PEŁSEL, numer dowodu osobistego

3) .....  
Imię i nazwisko osoby upoważnionej, numer PEŁSEL, numer dowodu osobistego

Upoważnienie niniejsze ma charakter ogólny i obejmuje zgodę na dostęp do wszelkich informacji oraz całej dokumentacji w każdym podmiocie NZOZ "Zdrowie" s.c. w Janowie Lubelskim wykonującym działalność leczniczą.

Upoważnienie zostaje udzielone na okres ....., bezterminowo.

Data i Podpis czytelny upoważniającego

--

Podpis osoby przyjmującej oświadczenie

--