

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

Janów Lubelski, dnia.....

Imię i Nazwisko.....

PESEL:

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

Adres zamieszkania.....

.....

.....

(numer telefonu)

( adres e-mail)

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

Na podstawie art.9 ust. 3 oraz art.26 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta (tekst jedn. :Dz.U. z 2012 r. , poz..139 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 zastosowaniu albo zmienieniu, 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 PESEL, numer dowodu osobistego)

2. ....

(imię i nazwisko osoby upoważnionej, numer PESEL, numer dowodu osobistego)

Upoważnienie niniejsze ma charakter ogólny i obejmuje zgodę na dostęp do wszelkich informacji oraz do 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

--