

pieczęć placówki

OŚWIADCZENIE PACJENTA

DANE PACJENTA

.....
imię i nazwisko

.....
PESEL

DANE OPIEKUNA PRAWNEGO (wpisać jeśli dotyczy)

.....
imię i nazwisko

.....
PESEL

Zezwalam na udzielenie świadczenia zdrowotnego w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „Pro-med” sp. z o. o.

Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest ważna do momentu jej odwołania (na podstawie art.14 ust.2 pkt 3 oraz art 26 ust.1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta- Dz.U.2016.186.t.j.z dnia 16.02.2016)

.....
miejsowość , data

.....
czytelny podpis pacjenta /opiekuna prawnego

Zgodnie z Rozporządzeniem 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) , wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych w tutejszej placówce na :

- kontakt telefoniczny w celu realizacji świadczenia zdrowotnego(potwierdzenie, przesunięcie i odwołanie wizyty)
- kontakt telefoniczny w celu konsultacji wyników badań

W przypadku wyrażenia zgody na kontakt telefoniczny proszę o podanie nr telefonu:.....

.....
miejsowość , data

.....
czytelny podpis pacjenta/ opiekuna prawnego

Zostałem/-am poinformowany/-a o prawie dostępu do treści ww. danych oraz o prawie do ich poprawiania , aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego

