

Imię i nazwisko pacjenta:

Adres zamieszkania:

PESEL:

Telefon kontaktowy:

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZEPROWADZENIE BADANIA/
UDZIELENIE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO ORAZ
ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Wyrażam zgodę na / przeprowadzenie badania / udzielenie świadczenia zdrowotnego /^{*} przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnię Zdrowia w Słomnikach, 32-090 Słomniki, ul. św. Jadwigi Królowej 2, w postaci:

.....
Zostałam/em zapoznana/y o możliwych powikłaniach w trakcie leczenia oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych świadczeniobiorcy i płatnika.

.....
data i podpis Pacjenta

(* Uwaga – niepotrzebne skreślić)

Zgodnie z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. 2020 poz. 849)

**UPOWAŻNIENIE OSOBY BLISKIEJ DO UZYSKIWANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA
I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH ORAZ DO UZYSKIWANIA DOKUMENTACJI**

Oświadczam, że / do otrzymywania informacji na temat stanu mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych / oraz / do uzyskiwania dokumentacji medycznej (także w przypadku mojej śmierci) /^{*} upoważniam następującą osobę:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL:

Telefon kontaktowy:

Stopień pokrewieństwa:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL:

Telefon kontaktowy:

Stopień pokrewieństwa:

Oświadczam, że nie udzielam upoważnienia / do przekazywania komukolwiek informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych (z wyłączeniem upoważnień ustawowych) / oraz / do odbioru mojej dokumentacji medycznej /^{*}.

.....
data i podpis Pacjenta

(* Uwaga – niepotrzebne skreślić)