

NAZWISKO I IMIĘ:..... PESEL:.....

ADRES: Nr tel.....

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych:

SPECJALMED sp. z o.o. z siedzibą w Dobczycach pod adresem ul. Zarabie 35c , jako administrator danych osobowych podanych przez pacjentów, informuje, że:

1. Dane osobowe zbierane są w celu prawidłowego udzielenia pacjentowi świadczeń zdrowotnych.
2. Dane osobowe Pacjentów – wyłącznie w niezbędnym zakresie – mogą być udostępniane podmiotom zlecającym lub finansującym udzielenie świadczeń, na podstawie przepisów prawnych lub wyrażonej przez pacjenta zgody.
3. Pacjent ma prawo dostępu do treści dotyczących go danych osobowych zebranych przez SPECJALMED sp. z o.o. i ich poprawiania.
4. Podanie danych osobowych w zakresie niezbędnym do udzielenia świadczeń zdrowotnych jest wymogiem ustawowym.

.....
podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielanie innego świadczenia zdrowotnego na zasadach określonych w rozdziale 5 z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta.

.....
podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

UPOWAŻNIENIE DO:

- UZYSKIWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**
- INFORMACJI O STANIE ZDROWIA**
- ODBIORU RECEPT, ZLECENÍ**
- ODBIORU WYNIKÓW BADAŃ**

Upoważniam: Dobczyce, dnia.....

.....
(imię i nazwisko upoważnionego, numer telefonu, stopień pokrewieństwa)
do otrzymywania ustnej informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania dokumentacji medycznej, również w przypadku mojej śmierci.

Nie upoważniam nikogo do otrzymywania ustnej informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania dokumentacji medycznej także w przypadku mojej śmierci.

.....
podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

.....
podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego