

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. Pacjent podaje swoje dane dobrowolnie.

.....  
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.

UPOWAŻNIENIE DO:

.....  
podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego UZYSKIWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ INFORMACJI O STANIE ZDROWIA ODBIORU RECEPT, ZLECEŃ ODBIORU WYNIKÓW BADAŃ Upoważniam: .....  
(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