



**ZGODA PACJENTA DO UZYSKANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**DANE PACJENTA:**

Imię (imiona) i nazwisko:
Adres zamieszkania:
Numer PESEL:
Numer telefonu:

**DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ:**

Imię (imiona) i nazwisko:
Adres zamieszkania:
Numer PESEL:
Stopień pokrewieństwa:
Numer telefonu:

**OŚWIADCZENIE PACJENTA:**

Ja, poniżej podpisany/a* <b>upoważniam/nie upoważniam nikogo*</b> powyżej wymienioną osobę do:	
<input type="checkbox"/>	uzyskiwania wszelkich informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych od DERMED Centrum Medycznego Sp. z o.o. z siedzibą w Łodzi, ul. Piotrkowska 48.
<input type="checkbox"/>	udostępnienia mojej dokumentacji medycznej (w tym oryginałów, kopii, odpisów, wyrysów), również w przypadku mojej śmierci przez DERMED Centrum Medyczne Sp. z o.o. z siedzibą w Łodzi, ul. Piotrkowska 48.

<b>Oświadczam</b> , że zostałem/am* poinformowany/a* o tym, że:
<ul style="list-style-type: none"><li>Administratorem moich danych osobowych jest DERMED Centrum Medyczne Sp. z o.o. z siedzibą w Łodzi przy ul. Piotrkowskiej 48;</li><li>moje dane są zbierane i przetwarzane przez DERMED Centrum Medyczne Sp. z o.o. w celu ochrony stanu zdrowia oraz świadczenia usług medycznych;</li><li>jestem zobowiązany do podania swoich danych w celu prowadzenia dokumentacji medycznej oraz mam prawo dostępu do treści tych danych i żądania ich poprawienia;</li><li>wyrażenie tej zgody jest dobrowolne i może zostać odwołane w każdym czasie.</li></ul>

**Podstawy prawne:**

1. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2016 r., poz. 186);
2. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 2015 r., poz. 464);
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2015 r., poz. 2069).
4. Ustawa o ochronie danych osobowych (t.j.: Dz. U. 2016 r., poz. 922).

\*niepotrzebne skreślić

.....  
(data i podpis pacjenta)