



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* upoważniam/nie upoważniam nikogo* powyżej wymienioną osobę do:	
<input type="checkbox"/>	uzyskiwania wszelkich informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych od Specjalistycznych Gabinetów Lekarskich DERMED Anna Kaszuba z siedzibą w Łodzi, ul. Piotrkowska 48.
<input type="checkbox"/>	udostępnienia mojej dokumentacji medycznej (w tym oryginałów, kopii, odpisów, wrysów), również w przypadku mojej śmierci przez Specjalistyczne Gabinety Lekarskie DERMED Anna Kaszuba z siedzibą w Łodzi, ul. Piotrkowska 48.

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

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 dentystry (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)