

**Załącznik nr ..... do historii zdrowia i choroby**

Nazwisko ..... Imię (imiona) ..... Płeć K  M

Data urodzenia ..... Adres .....

Pesel ..... Seria i nr dowodu osobistego ..... NIP .....

**OŚWIADCZENIE**

1. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzanie badań lub udzielanie innych świadczeń zdrowotnych, na zasadach określonych w dziale II, rozdziale 5 oraz dziale III ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w:

Nazwa placówki:

Adres:

.....  
*data i podpis pacjent*

2. Oświadczam, że osobą upoważnioną do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby jest:  
Nazwisko i imię: .....

Adres zamieszkania wraz z kodem pocztowym: .....

Numer telefonu: .....

.....  
*data i podpis pacjenta*

Oświadczam, że nie upoważniam nikogo do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.

.....  
*data i podpis pacjenta*

3. Oświadczam, że osobą upoważnioną do otrzymania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeń zdrowotnych jest:

Nazwisko i imię: .....

Adres zamieszkania wraz z kodem pocztowym: .....

Numer telefonu: .....

.....  
*data i podpis pacjenta*

Oświadczam, że nie upoważniam nikogo do otrzymania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeń zdrowotnych.

.....  
*data i podpis pacjenta*

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody\* na przetwarzanie moich danych osobowych przez Administratora Danych Osobowych – Przychodnia Lekarza Rodzinnego w Śmiglu sp. z o.o., w szczególności na przetwarzanie danych osobowych związanych z udzieleniem świadczenia zdrowotnego oraz jego rozliczeniem.

.....  
*data i podpis pacjenta*

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody\* na wykorzystywanie mojego numeru telefonu w celu potwierdzenia wizyty bądź odwołania terminu konsultacji lekarskiej, przypominanie o konsultacji, informowanie o konieczności przygotowania się do umówionego zabiegu lub informowanie o możliwości odbioru wyniku badań, jak również w celach marketingowych.

.....  
*data i podpis pacjenta*