

## OŚWIADCZENIE

\_\_\_\_\_  
*Imię, Nazwisko, PESEL*

**Zezwalam na przeprowadzenie badania / udzielenie świadczenia zdrowotnego w niniejszej placówce.**  
*Zgoda na przeprowadzenie badania / udzielenie świadczenia jest ważna do momentu jej odwołania (na podstawie art. 14 ust. 2 pkt 3 oraz art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 Nr 52, poz. 417 z późn. zm.).*

**Wyrażam zgodę na przesyłanie dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby na wskazany przeze mnie adres e-mail:**

\_\_\_\_\_  
*(Proszę wypełnić drukowanymi literami. Placówka nie ponosi winy, za błędne podanie adresu e-mail)*

**Do uzyskiwania informacji o udzielonych świadczeniach upoważniam:**

\_\_\_\_\_  
*Imię, Nazwisko, Adres zamieszkania*

\_\_\_\_\_  
*Numer telefonu, adres e-mail*

Nie upoważniam nikogo.

**Do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej we wszystkich prawnie dopuszczalnych formach udostępniania dokumentacji medycznej upoważniam:**

\_\_\_\_\_  
*Imię, Nazwisko, Adres zamieszkania*

\_\_\_\_\_  
*Numer telefonu, adres e-mail*

Nie upoważniam nikogo.

\_\_\_\_\_  
Data i podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (danych osobowych pacjenta) przez niniejszy podmiot, niezbędne dla potrzeb realizacji świadczonych usług medycznych, zgodnie z przepisami ustawy z 29.08.1997 o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (danych osobowych pacjenta) przez niniejszy podmiot, niezbędnych dla potrzeb realizacji celów marketingowych, zgodnie z przepisami ustawy z 29.08.1997 o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

*Zostałem/-am poinformowany/-a o prawie dostępu do treści ww. danych oraz o prawie do ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.*

\_\_\_\_\_  
Data i podpis

**Jeśli oświadczenie wypełnia opiekun prawny Pacjenta, należy podać dane Pacjenta:**

\_\_\_\_\_  
*Imię, Nazwisko, PESEL*