

Dane Pacjenta: (Imię i Nazwisko).....

ADRES: ul:nr

kod poczt..... miejscowość:

PESEL:..... TEL..... DATA:

OŚWIADCZENIE PACJENTA

o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego

Ja (imię i nazwisko) wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

.....
(podpis Pacjenta)

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja niżej podpisany wyrażam zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO* wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez *CM Sonomed ul. Hebanowa 1, 55-080 Smolec* w celu komunikacji korzystania z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej informacji dot. planowanych wizyt. Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki o których mowa w art. 7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie, zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie o warunku możliwości jej rozliczalności. Zostałem również poinformowany o tym, że dane zbierane są przez *CM Sonomed ul. Hebanowa 1, 55-080 Smolec* o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

.....
(podpis Pacjenta)

*Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Czy upoważnia Pan/Pani osobę bliską do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania dokumentacji medycznej?

Nie: Ja (imię i nazwisko)..... nie upoważniam żadnej osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych ani do uzyskiwania dokumentacji medycznej.

.....
(podpis Pacjenta)

Tak: Ja (imię i nazwisko) upoważniam osobę bliską (imię i nazwisko) PESEL Zam. tel. do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz dokumentacji medycznej.

.....
podpis Pacjenta)