

Dane pacjenta:

imię i nazwisko

PESEL*

telefon

adres mailowy

Dane opiekuna prawnego lub faktycznego (jeśli wypełnia oświadczenie opiekun)

imię i nazwisko

telefon

adres mailowy

Zgoda na diagnostykę i leczenie, w tym wykonanie procedur leczniczych koniecznych ze względu na stan zdrowia wyrażam zgodę nie wyrażam zgody_____
Data i podpis**Zgoda na przestrzeganie Regulaminu Porządkowego** wyrażam zgodę nie wyrażam zgody_____
Data i podpis**1. Do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach medycznych:** upoważniam (wypełnić poniżej) nie upoważniam nikogo_____
imię i nazwisko osoby upoważnionej

telefon

adres mailowy

Dane pacjenta:

imię i nazwisko

PESEL*

2. Do uzyskania dokumentacji medycznej: upoważniam (wypełnić poniżej) nie upoważniam nikogo_____
imię i nazwisko osoby upoważnionej

telefon

adres mailowy

3. Do odbioru rzeczy osobistych i wartościowych z depozytu w przypadku mojej niedyspozycji upoważniam (wypełnić poniżej) nie upoważniam nikogo_____
imię i nazwisko osoby upoważnionej

telefon

adres mailowy

Data i podpis

4. Zostałam(-em) poinformowana(-ny) o możliwości złożenia oświadczeń:

- a) o wyrażeniu zgody na udzielanie informacji o moim stanie zdrowia innym osobom (upoważnienie ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą);
- b) o upoważnieniu do dostępu do mojej dokumentacji innym osobom (upoważnienie ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą);
- c) o wyrażeniu zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych

– za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta (<https://pacjent.gov.pl/ikp/zaloguj>), jak również o możliwości zmiany i cofnięcia złożonych oświadczeń w dowolnym czasie. Zostałam(-em) poinformowana(-ny), że skutkiem złożenia oświadczenia za pośrednictwem IKP jest możliwość pozyskania wiedzy o tym oświadczeniu przez podmiot leczniczy, na podstawie upoważnienia do dostępu, w celu weryfikacji oświadczeń złożonych przeze mnie oświadczeń.

Data i podpis

5. Zostałam(-em) poinformowana(-y), że Klauzula Informacyjna (Fa/73/) dotycząca przetwarzania moich danych osobowych w celu ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych, zarządzania udzielaniem tych usług oraz leczenia jest dostępna w Punkcie Informacyjnym, na tablicy Informacyjnej oraz stronie internetowej: www.gwarek.info. Potwierdzam zapoznanie się z Klauzulą Informacyjną (Fa/73) .

Data i podpis

* w przypadku braku nr PESEL należy podać numer i rodzaj innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.