

NZOZ SIMPLA	FORMULARZ	P-02/PB/F-01
	OŚWIADCZENIE PACJENTA	Wersja I obowiązująca od 1.09.2022r.
		Strona 1 z 1

INFORMUJEMY, IŻ NINIEJSZE OŚWIADCZENIE MOŻNA ZŁOŻYĆ ZA POŚREDNICTWEM INTERNETOWEGO KONTA PACJENTA!

.....
imię i nazwisko pacjenta *PESEL* *data złożenia oświadczenia*

Zgodnie z paragrafem 8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6.04.2020r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, ja niżej podpisany upoważniam:

.....
imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....
dane kontaktowe (adres lub telefon)

Do informowania na temat mojego stanu zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych:

.....
czytelny podpis pacjenta

Do dostępu do mojej dokumentacji medycznej:

.....
czytelny podpis pacjenta

Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji na temat mojego stanu zdrowia oraz do dostępu do mojej dokumentacji medycznej:

.....
czytelny podpis pacjenta

wyrażam zgodę na udzielenie świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art.16-18 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

.....
czytelny podpis pacjenta

Informujemy, że Administratorem Państwa danych osobowych jest NZOZ SIMPLA SC w Czyżowicach. Szczegółowe informacje dot. przetwarzania danych osobowych znajdują Państwo na tablicy informacyjnej oraz na stronie internetowej przychodni.