

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL:

Oświadczam, iż do **uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia:**

upoważniam.....
.....(imię, nazwisko, dane kontaktowe)

nie upoważniam nikogo

Oświadczam, iż do **uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej:**

upoważniam.....
.....(imię, nazwisko)

nie upoważniam nikogo

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb leczenia w Przychodni Medycyny Pracy i Lecznictwa GADMED. Oświadczam, że dane osobowe przekazałem dobrowolnie i wiem o przysługującym mi prawie dostępu do moich danych osobowych i ich poprawiania.

Warszawa, dnia Podpis pacjenta:

Podstawa prawna: § 8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2015 poz. 2069, z późn. zm.)