

.....
Pieczęć poradni

....., dnia

.....
Nazwisko i imię pacjenta

.....
PESEL

OŚWIADCZENIE

1. Upoważniam/nie upoważniam*
(imię, nazwisko, data urodzenia, stopień pokrewieństwa)

Adres zamieszkania, telefon

Do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych.

2. Upoważniam/nie upoważniam*
(imię, nazwisko, data urodzenia, stopień pokrewieństwa)

Adres zamieszkania, telefon

Do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej

3. Wyrażam/nie wyrażam* zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego,
na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 06.11.2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

* niepotrzebne skreślić

.....
Czytelny podpis pacjenta

Ka-Gm-(14348) A5/1 GEMINI; tel/fax (32) 353-80-28

Katowice dnia

.....
/imię i nazwisko osoby której zgoda dotyczy/

.....
/pesel lub data urodzenia/

NZOZ PLR Remedium Sp z o o
Katowice ul. Kossak-Szczuckiej 41

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH I MEDYCZNYCH DROGĄ ELEKTRONICZNĄ

Zgodnie z obowiązującymi przepisami RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie przez w/w podmiot leczniczy moich danych osobowych /imię i nazwisko, PESEL, adres zameldowania lub zamieszkania, numer telefonu, w przypadku noworodka nr PESEL matki, numer telefonu, e-mail, w przypadku pacjenta małoletniego bądź ubezwłasnowolnionego nazwisko i imię, nr telefonu przedstawiciela ustawowego i jego adres zamieszkania /i medycznych /rozpoznanie, inne informacje lub dane niezbędne do przeprowadzenia badania, konsultacji lub leczenia/drogą elektroniczną w celach medycznych związanych z moim procesem leczenia w tutejszej poradni, oraz na otrzymywanie informacji e-mail dotyczących stanu zdrowia i planowanych wizyt.

.....
/data, miejsce i podpis osoby wyrażającej zgodę/

Jednocześnie oświadczam, że zgodnie z art.24 Ustawy z dnia 29.08.1997r o ochronie danych osobowych /Dz.U. Z dnia 2002r Nr.101, poz926 ze zmianami/zostałem poinformowany/a o tym, że administratorem Danych Osobowych jest NZOZ PLR Remedium w Katowicach przy ulicy Kossak-Szczuckiej 41, o celu zbierania danych, dobrowolności ich podania, prawie do wglądu do tych danych i wnoszenia poprawek oraz o tym, że dane te będą udostępniane tylko i wyłącznie podwykonawcom ściśle współpracującym z NZOZ Remedium w Katowicach przy ulicy Kossak-Szczuckiej 41 celem świadczenia usług zapewniających ciągłość leczenia

.....
/czytelny podpis/

Katowice dnia

.....
/imię i nazwisko osoby której zgoda dotyczy/

.....
/pesel lub data urodzenia/

NZOZ PLR Remedium Sp z o o
Katowice ul. Kossak-Szczuckiej 41

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH I MEDYCZNYCH ZA POŚREDNICTWEM TELEFONII KOMÓRKOWEJ I STACJONARNEJ

Zgodnie z obowiązującymi przepisami RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie przez w/w podmiot leczniczy moich danych osobowych /imię i nazwisko, PESEL, adres zameldowania lub zamieszkania, numer telefonu, w przypadku noworodka nr PESEL matki, numer telefonu, e-mail, w przypadku pacjenta małoletniego bądź ubezwłasnowolnionego nazwisko i imię, nr telefonu przedstawiciela ustawowego i jego adres zamieszkania /i medycznych /rozpoznanie, inne informacje lub dane niezbędne do przeprowadzenia badania, konsultacji lub leczenia/ za pośrednictwem telefonii komórkowej i stacjonarnej w celach medycznych związanych z moim procesem leczenia w tutejszej poradni, oraz na otrzymywanie tą drogą informacji dotyczących stanu zdrowia i planowanych wizyt.

.....
/data, miejsce i podpis osoby wyrażającej zgodę/

Jednocześnie oświadczam, że zgodnie z art.24 Ustawy z dnia 29.08.1997r o ochronie danych osobowych /Dz .U. Z dnia 2002r Nr.101, poz926 ze zmianami/zostałem poinformowany/a o tym, że administratorem Danych Osobowych jest NZOZ PLR Remedium w Katowicach przy ulicy Kossak-Szczuckiej 41, o celu zbierania danych, dobrowolności ich podania, prawie do wglądu do tych danych i wnoszenia poprawek oraz o tym, że dane te będą udostępniane tylko i wyłącznie podwykonawcom ściśle współpracującym z NZOZ Remedium w Katowicach przy ulicy Kossak-Szczuckiej 41 celem świadczenia usług zapewniających ciągłość leczenia

.....
/czytelny podpis/