

OŚWIADCZENIE O DOSTĘPIE DO DANYCH MEDYCZNYCH

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

1. Niniejszym oświadczam, że Panią/Pana:

Imię i nazwisko osoby upoważnionej

Telefon

Adres zamieszkania

Upoważniam do (zaznaczyć „X”):

- ☐ Otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- ☐ Uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia i udzielanych mi świadczeń zdrowotnych;
- ☐ Uzyskania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci;
- ☐ Odbioru wyniku badań, recepty, skierowania badania dodatkowe, zaświadczenia/opinii lekarskiej

Data, podpis pacjenta

2. Przyjmuję do wiadomości, iż Hospicjum w Katowicach z siedzibą w 40-031 Katowice, ul. Henryka Sienkiewicza 36/1, jest administratorem danych osobowych dotyczących mojej osoby dla celów związanych z realizacją świadczeń medycznych oraz dla celów marketingu bezpośredniego usług administratora oraz oświadczam, iż zostałem poinformowany/a o prawie dostępu do moich danych oraz ich poprawiania.

Adres e-mail

Podpis przyjmującego oświadczenia

Podpis składającego oświadczenie

ZGODA NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na przeprowadzanie badań lub udzielanie innych świadczeń zdrowotnych, na zasadach określonych w rozdziale 5 Ustawy z dnia 06.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta przez Hospicjum w Katowicach w Katowicach z siedzibą w 40-031 Katowice, ul. Henryka Sienkiewicza 36/1.

Podpis pacjenta