

UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisany(a)

- Upoważniam**.....
(imię i nazwisko, adres, numer telefonu)- **do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.**
- Upoważniam**
(imię i nazwisko, adres, numer telefonu)- **do uzyskania mojej dokumentacji medycznej.**
- Nie udzielam nikomu upoważnienia** do uzyskiwania informacji na temat mojego stanu zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.
- Nie udzielam nikomu** upoważnienia do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej.

FORMULARZ ZGODY

Dane pacjenta: WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Nazwisko Imię Nr PESEL

Adres zamieszkania:.....

Zakres danych:

nr telefonu komórkowego

1. Zostałem(am) poinformowany(a) o przysługujących **prawach pacjenta**, w imieniu własnym lub jako przedstawiciel ustawowy.
2. Wyrażam zgodę na proponowany sposób leczenia i zabiegi.
3. Wyrażam zgodę na udzielanie świadczeń za pomocą środków teleinformatycznych.
4. Wyrażam zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO* wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez Gabinety Lekarskie Medicor w celu korzystania z usług medycznych, w celach wynikających z art. 188 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004r. (Dz. U. Nr 210 poz. 2135 z późn. zm.), oraz na otrzymywanie za pośrednictwem:
 - telefonii komórkowej informacji dot. planowanych wizyt
 - poczty elektronicznej wyników badań prenatalnych.

Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki o których mowa w art. 7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie, zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie o warunku możliwości jej rozliczalności. Zostałem również poinformowany o tym, że dane zbierane są przez Gabinety Lekarskie MEDICOR, o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym nieupoważnionym podmiotom.

..... czytelny podpis pacjenta

PROGRAM BADAŃ PRENATALNYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2015r., poz. 2135 z późn. zm.), w szczególności przekazanych przeze mnie danych oraz wyników badań dla potrzeb realizacji i monitorowania profilaktycznych programów zdrowotnych.

.....czytelny podpis pacjenta