



....., dnia r.

.....
(imię i nazwisko pacjenta)

.....
(PESEL)

.....
(adres zamieszkania)

**OŚWIADCZENIE O UPOWAŻNIENIU
JEDNORAZOWE / BEZTERMINOWE ***

*NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ

- Ja, niżej podpisany/a wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych w celach medycznych i nie wyznaczam osób do upoważnienia.

.....
(data i podpis pacjenta)

- Ja, niżej podpisany/a upoważniam osoby :

Panią/Pana

zamieszkałą/ego w przy ul.

o nr PESEL tel. kontaktowy

do:

1) uzyskiwania wszelkich informacji (w rozumieniu art. 9 ust. 2 i 3 i in. ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i art 31 i in. ustawy z dn. 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry) o moim stanie zdrowia, również na wypadek mojej śmierci, od placówek służby zdrowia oraz od osób świadczących pomoc medyczną

2) dostępu (w tym **wglądu do oryginałów, uzyskania kopii, wydruku, wyciągu, odpisu, wydawania recept oraz wyników badań laboratoryjnych ***) do dotyczącej mnie dokumentacji medycznej (w rozumieniu art. 26 ust. 1 i 2 i in. ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)

**niewłaściwe skreślić*

Panią/Pana

zamieszkałą/ego w przy ul.

o nr PESEL tel. kontaktowy

do:

1) uzyskiwania wszelkich informacji (w rozumieniu art. 9 ust. 2 i 3 i in. ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i art 31 i in. ustawy z dn. 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry) o moim stanie zdrowia, również na wypadek mojej śmierci, od placówek służby zdrowia oraz od osób świadczących pomoc medyczną

2) dostępu (w tym **wglądu do oryginałów, uzyskania kopii, wydruku, wyciągu, odpisu, wydawania recept oraz wyników badań laboratoryjnych***) do dotyczącej mnie dokumentacji medycznej (w rozumieniu art. 26 ust. 1 i 2 i in. ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)

**niewłaściwe skreślić*

Przychodnia Lekarska Nowy Chełm Sp. z o.o. jest Administratorem danych i jako podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób określony w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia , a także zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji zgodnie z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

.....
(data i podpis upoważniającego)