

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Na podstawie art. 9 i 23 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z dnia 31 marca 2009r.) oraz ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 1997 Nr 133 poz. 883) z późniejszymi zmianami

Ja _____ niniejszym:
(imię i nazwisko, data urodzenia)

- ❖ wyrażam zgodę na udzielanie mi świadczeń zdrowotnych i wszelkich badań w zakresie kompleksowej opieki rehabilitacyjnej

(data i podpis)

- ❖ upoważniam Panią/a _____
(imię i nazwisko, data urodzenia)

do uzyskania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci / nie wyrażam zgody na przekazywanie komukolwiek dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci (*niepotrzebne skreślić*)

- ❖ oświadczam, iż osobą upoważnioną do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia, o udzielonych świadczeniach zdrowotnych, odbierania wyników badań radiologicznych i dodatkowych, jest Pan/i

(imię i nazwisko, data urodzenia)

Przyjmuję do wiadomości, iż Przychodnia Rehabilitacyjna MEDIKAR jest administratorem danych osobowych dotyczących mojej osoby dla celów związanych z realizacją świadczeń medycznych. Oświadczam, iż zostałam/em poinformowana/y o prawie dostępu do moich danych oraz ich poprawiania

(Data i podpis Pacjenta)

(Data i Podpis Sekretarki medycznej/Lekarza)