

	<b>FORMULARZ</b>	P-02/PB/F-01
	<b>OŚWIADCZENIE PACJENTA</b>	Wersja III obowiązująca od 15.04.2020r.
		Strona 1 z 1

**INFORMUJEMY, IŻ NINIEJSZE OŚWIADCZENIE MOŻNA ZŁOŻYĆ ZA POŚREDNICTWEM INTERNETOWEGO KONTA PACJENTA!**

.....  
imię i nazwisko pacjenta

.....  
PESEL

.....  
data oświadczenia

Zgodnie z paragrafem 8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6.04.2020r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, ja niżej podpisany upoważniam w zakresie Poradni ....., „MEDIPOZ” Sp. z o.o. w Czerwionce-Leszczynach:

.....  
imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....  
dane kontaktowe (adres lub telefon)

Do informowania na temat mojego stanu zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych:

.....  
czytelny podpis pacjenta

Do dostępu do mojej dokumentacji medycznej:

.....  
czytelny podpis pacjenta

**Nie upoważniam** nikogo do uzyskiwania informacji na temat mojego stanu zdrowia oraz do dostępu do mojej dokumentacji medycznej:

.....  
czytelny podpis pacjenta

**wyrażam zgodę na udzielenie świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art.16-18 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta**

.....  
czytelny podpis pacjenta

Informujemy, że Administratorem Państwa danych osobowych jest „MEDIPOZ” Sp. z o.o. w Czerwionce-Leszczynach. Szczegółowe informacje dot. przetwarzania danych osobowych znajdują Państwo na tablicy informacyjnej oraz stronie [www.medipoz.pl](http://www.medipoz.pl)