

## OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a\*.....

**IMIĘ, NAZWISKO**

**PESEL**

Upoważniam poniżej wymienione osoby /  Nie upoważniam nikogo,  
do otrzymywania informacji o moim/mojego dziecka\* stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych: \*\*

**IMIĘ, NAZWISKO**

**ADRES**

**TELEFON**

Upoważniam poniżej wymienione osoby /  Nie upoważniam nikogo,  
do uzyskiwania mojej/mojego dziecka\* dokumentacji medycznej: \*\*

**IMIĘ, NAZWISKO**

**ADRES**

**TELEFON**

Upoważniam poniżej wymienione osoby /  Nie upoważniam nikogo,  
do odbioru recept/zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne/wniosków\*: \*\*

Powyższe upoważnienia obowiązują/nie obowiązują\* także po mojej śmierci.

Łódź, dn. ....

Czytelny podpis pacjenta .....

\* niepotrzebne skreślić, \*\* zaznaczyć właściwe

/opiekuna prawnego\*:

Informuję, że zostałem/am\* zapoznany/a\* z prawami pacjenta, a także klauzulą informacyjną zgodną z RODO.

Czytelny podpis pacjenta .....

/opiekuna prawnego\*:

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na przeprowadzenie badania lub udzielenie mi świadczenia zdrowotnego.

Czytelny podpis pacjenta .....

/opiekuna prawnego\*:

Zgodnie z Rozporządzeniem 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych),

wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w Poradni NOWA a w szczególności na:

kontakt:

telefoniczny  sms  mailowy (adres mail: .....),

w celu realizacji wizyty ( np. w sprawie potwierdzenia, przesunięcia, odwołania wizyty); \*\*

kontakt:

telefoniczny  sms  mailowy (adres mail: .....),

w celu przekazania aktualnych informacji i promocji w rozumieniu art.10 ust.1 Ustawy z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczeniu usług drogą elektroniczną; \*\*

Jestem świadomy/a\*, że wyżej wyrażone zgody, mogę odwołać w każdym czasie.

Łódź, dn. ....

Czytelny podpis pacjenta .....

\* niepotrzebne skreślić, \*\* zaznaczyć właściwe

/opiekuna prawnego\*: