

Imię i nazwisko Pacjenta
Adres zamieszkania
PESEL

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZEPROWADZENIE BADANIA /
UDZIELENIE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO ORAZ ZGODA NA
PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania / udzielenie świadczenia zdrowotnego przez Indywidualną Praktykę Dentystyczną w Zabrze przy ulicy Cieszyńskiej 16, w postaci świadczeń stomatologicznych, oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informacyjnych świadczeniodawcy i płatnika.

.....
Data i podpis Pacjenta

Zgodnie z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 nr 52 poz. 417) i Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926).

**UPOWAŻNIENIE OSOBY BLISKIEJ DO UDZIELENIA INFORMACJI O STANIE
ZDROWIA I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH ORAZ DO
UZYSKANIA DOKUMENTACJI**

Upoważniam następującą osobę:

Imię i nazwisko
Adres zamieszkania
PESEL
Telefon kontaktowy

.....
Data i podpis Pacjenta

**OŚWIADCZAM, IŻ NIE UDZIELAM UPOWAŻNIENIA DO PRZEKAZYWANIA
KOMUKOLWIEK INFORMACJI O STANIE MOJEGO ZDROWIA I O
UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH (z wyłączeniem upoważnień
ustawowych) ORAZ DO ODBIORU MOJEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ.**

.....
Data i podpis Pacjenta

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2010 r. nr 252 poz. 1697).

w/w zgoda obowiązuje do momentu odwołania przez pacjenta

.....
Data i podpis Pacjenta