Dane osoby, której dotyczy składane oświadczenie Józefów, dnia………….

………………………………………………………………

Imię i nazwisko

………………………………………………………………

………………………………………………………………

Numer pesel, adres, numer tel.

**OŚWIADCZENIE**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w dokumentacji medycznej (elektronicznej i papierowej) utworzonej na potrzeby udzielenia świadczeń zdrowotnych w SPZOZ Przychodni Miejskiej w Józefowie, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Jednocześnie oświadczam, iż wyrażam zgodę na otrzymywanie wiadomości tekstowych (SMS) i telefonicznych związanych z informacjami dotyczącymi wizyt i usług Świadczonych w SPZOZ Przychodnia Miejska w Józefowie.

……………………………….. ………………………………

\*Podpis pacjenta lub/ i opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego Józefów, dnia

**WYRAŻAM ZGODĘ NA REALIZOWANIE ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH ZWIĄZANYCH Z PROCESEM LECZNICZYM W SPZOZ PRZYCHODNI MIEJSKIEJ W JÓZEFOWIE**

……………………………….. ………………………………

\*Podpis pacjenta/opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego Józefów, dnia

**UPOWAŻNIAM SPZOZ PRZYCHODNIĘ MIEJSKĄ W JÓZEFOWIE**

Do udzielania informacji o moim stanie zdrowia, oraz do udostępniania mojej dokumentacji medycznej Panu/i, (zgodnie z art. 26 ust.l ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2017 poz. 1318 z późn. zm.)

1………………………………………………………………………………………………………………………………

Imię, Nazwisko osoby upoważnionej, numer dok. tożsamości/pesel, telefon

2………………………………………………………………………………………………………………………………

3………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………….. ………………………………

\*Podpis pacjenta/opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego Józefów, dnia

**UPOWAŻNIAM SPZOZ PRZYCHODNIĘ MIEJSKĄ W JÓZEFOWIE**

Do udostępniania mojej dokumentacji medycznej po śmierci Panu/i, ( zgodnie z art. 26 ust.2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 nr 52 poz. 417 z późn. zm. (Dz. U. 2017 poz. 1318 z późn. zm.)

1………………………………………………………………………………………………………………………………

Imię, Nazwisko osoby upoważnionej, numer dok. tożsamości/pesel, telefon

2………………………………………………………………………………………………………………………………

3………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………….. ………………………………

\*Podpis pacjenta lub/ i opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego Józefów, dnia

UWAGA!

* W przypadku, gdy ww. pacjent jest osobą małoletnią, całkowicie ubezwłasnowolnioną lub niezdolną do świadomego wyrażenia zgody, zgody udziela
* W przypadku, pacjenta małoletniego, który ukończył 16 rok życia, odbierana jest zgoda podwójna tj. przedstawiciela ustawowego, jak i samego małoletniego pacjenta