



**OŚWIADCZENIE PACJENTA O UDZIELENIU UPOWAŻNIENIA DO INFORMACJI O JEGO STANIE ZDROWIA  
ORAZ DO DOSTĘPU DO JEGO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**DANE PACJENTA**

NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA:	
PESEL:	
ADRES ZAMIESZKANIA:	

**DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ**

NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA:	
PESEL:	
ADRES ZAMIESZKANIA:	
<input type="checkbox"/> Upoważniam wyżej wymienioną osobę <input type="checkbox"/> nie upoważniam nikogo	
*1 Do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych	

**DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ**

NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA:	
PESEL:	
ADRES ZAMIESZKANIA:	
<input type="checkbox"/> Upoważniam wyżej wymienioną osobę <input type="checkbox"/> nie upoważniam nikogo	
*2 Do dostępu do mojej dokumentacji medycznej	

**DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ**

NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA:	
PESEL:	
ADRES ZAMIESZKANIA:	
<input type="checkbox"/> Upoważniam wyżej wymienioną osobę do odbioru recepty lub skierowania <input type="checkbox"/> Oświadczam, że recepty lub skierowania mogą być przekazane osobie trzeciej (dowolnej osobie, bez szczełogółowego jej określenia)	

Data ..... CZYTELNY podpis pacjenta .....



## OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

### DANE PACJENTA

NAZWIŚKO I IMIĘ PACJENTA:	
PESEL:	
ADRES ZAMIESZKANIA:	

Oświadczam, że wyrażam dobrowolną i świadomą zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i danych medycznych, w tym danych, o których mowa w ustawie z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018, poz. 1000 z późn. zm.), ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych obowiązującą w zakresie oznaczonym w art. 175 ustawy z dnia 10 maja 2018 roku, oraz Rozporządzeniu 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 („RODO”) przez upoważnionych pracowników medycznych i administracyjnych Spółki Urovita Sp. z o.o. z siedzibą w Chorzowie przy ulicy Strzelców Bytomskich 11.

Powyższa zgoda dotyczy:

1. danych o stanie zdrowia zawartych w mojej dokumentacji medycznej będącej w posiadaniu Spółki Urovita Sp z o.o.
2. danych zawartych w przekazanych przeze mnie dokumentach.

Data ..... CZYTELNY podpis pacjenta .....

Jednocześnie oświadczam, że zgodnie z art. 24 ustawy o ochronie danych osobowych zostałam/em poinformowana/y, że:

1. administratorem danych jest Spółka Urovita Sp. z o.o. z siedzibą przy ul. Strzelców Bytomskich 11 w Chorzowie, kod pocztowy 41-500,
2. przekazane dane osobowe wykorzystywane będą w celach związanych z prowadzeniem dokumentacji medycznej, statystycznych, sprawozdawczo-rozliczeniowych z Narodowym Funduszem Zdrowia, Ministerstwem Zdrowia, Krajowym Rejestrem Nowotworów, Głównym Urzędem Statystycznym i innymi jednostkami uprawnionymi do otrzymania przedmiotowych danych,
3. przekazanie wyżej wskazanych danych jest dobrowolne, aczkolwiek niezbędne o prowadzenia dokumentacji medycznej, przysługuje mi prawo do dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania

Data ..... CZYTELNY podpis pacjenta .....

## OŚWIADCZENIE PACJENTA

### Ja niżej podpisany

NAZWIŚKO I IMIĘ PACJENTA:	
PESEL:	
ADRES ZAMIESZKANIA:	

1. Oświadczam, że zapoznałem /am/ się z Regulaminem Organizacyjnym CM Zjednoczenia Sp. z o. o.

Data ..... CZYTELNY podpis pacjenta .....

2. Oświadczam że zostałem /am/ poinformowany /a/ o prawach pacjenta Dz.U. Nr 52 poz.417 z późn. Zm

Data ..... CZYTELNY podpis pacjenta .....

3. Oświadczam, że posiadam prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Data ..... CZYTELNY podpis pacjenta .....

4. Oświadczam, że zapoznałem/am się z cennikiem usług medycznych i zobowiązuję się do pokrycia całkowitych kosztów leczenia, bez roszczeń o zwrot tych kosztów w stosunku do Narodowego Funduszu Zdrowia.

Data ..... CZYTELNY podpis pacjenta .....

1. Działając na podstawie art.9 ust.3 ustawy z dnia 6 listopada 2018 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2017 r., poz.1318 z późn. zm.) w związku z §8 ust.1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2015 r., poz.2069 Z. Działając na podstawie art.26 ust.1 ustawy z dnia 6 listopada 2018 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2017 r., poz.1318 z późn. zm.) w związku z §8 ust.1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2015 r., poz. 2069)