

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

Oświadczam, iż do otrzymywania informacji na temat stanu mojego zdrowia (lub dziecka) i udzielonych świadczeniach zdrowotnych/oraz/do uzyskiwania dokumentacji medycznej (także w przypadku śmierci)/*upoważniam następującą osobę:

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

Telefon kontaktowyStopień pokrewieństwa.....

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

Telefon kontaktowyStopień pokrewieństwa

Oświadczam, iż nie udzielam upoważnienia do przekazywania komukolwiek informacji o stanie mojego zdrowia i o udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych (z wyłączeniem upoważnień ustawowych) oraz do odbioru mojej dokumentacji medycznej*

.....
Data, podpis pacjenta

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja, niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko pacjenta:PESEL:
Numer telefonu:.....adres e-mail:.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie ww. danych osobowych przez Przychodnia Rodzinna Euro-Medicus w Częstochowie ul. Kopalniana 4, zgodnie z przepisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych (RODO).

Dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu :

- komunikacji z osobami korzystającymi z usług medycznych
- świadczenia usług drogą elektroniczną oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dot. planowanych wizyt, jak również informacji o medycznej działalności Placówki

Powyższe dane będą przechowywane w dokumentacji medycznej 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o tym, że dane zbierane są przez Przychodnia Rodzinna Euro-Medicus w Częstochowie ul. Kopalniana 4, o celu zbierania danych, dobrowolności ich podania, prawie wglądu do tych danych i wnoszenia poprawek, prawie do skargi, oraz o tym, że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

.....
Data i podpis Pacjenta