

Administratorem danych osobowych Pacjenta jest Płocki Zakład Opieki Zdrowotnej Spółka z o.o. **Podanie danych osobowych jest obowiązkowe.** Dane osobowe są przetwarzane w celach medycznych i mogą być udostępniane jedynie zgodnie z obowiązującym prawem w zakresie określonym przez prawo; Pacjent ma prawo do dostępu do swoich danych osobowych, ich zmiany (w tym aktualizacji).

.....
Pieczęćka podmiotu leczniczego

Data

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

OŚWIADCZENIA

Pacjenta/Przedstawiciela ustawowego/Opiekuna prawnego*

Na podstawie art. 9 i art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. 2009 Nr 52 poz. 417, z późn. zm.) ja, niżej podpisany oświadczam, że:

1. do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, w tym o rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowaniu albo zaniechaniu, wynikach leczenia oraz rokowaniu, **upoważniam / nie upoważniam***:

..... Tel. kontaktowy

..... Tel. kontaktowy

2. do uzyskiwania dokumentacji medycznej upoważniam / nie upoważniam nikogo*:

.....
 wyłącznie za życia zarówno za życia jak i po mojej śmierci wyłącznie po mojej śmierci

3. zostałem poinformowany o możliwości cofnięcia udzielonych upoważnień, o których mowa w pkt 2-3.

.....
podpis (imię i nazwisko)

.....
(Uzasadnienie dotyczące braku możliwości uzyskania wyżej wymienionych oświadczeń pacjenta/ przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego*)

.....
Data, imię i nazwisko osoby przyjmującej oświadczenia pacjenta

* niewłaściwe skreślić