

OŚWIADCZENIA PACJENTA LUB JEGO PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

Imię i nazwisko:

PESEL / Data urodzenia: ur.

Zostałem/am poinformowany/a o:

- moich uprawnieniach do wyrażenia zgody lub odmowy na wykonanie określonych świadczeń zdrowotnych oraz o Prawach Pacjenta,
- prawie do informacji o stanie zdrowia, w tym o warunkach uzyskiwania i udostępniania dokumentacji medycznej zgodnie z przepisem §8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2020 r. poz. 666 z późn. zm.).

☐ **WYRAŻAM ZGODĘ** ☐ **NIE WYRAŻAM ZGODY** NA PRZEKAZYWANIE INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH UDZIELANYCH PACJENTOWI PANU(I) (można upoważnić wiele osób):

..... Imię i nazwisko	 PESEL / Data urodzenia	 Dane kontaktowe (numer telefonu/adres e-mail)
--------------------------	---------------------------------	--

..... Imię i nazwisko	 PESEL / Data urodzenia	 Dane kontaktowe (numer telefonu/adres e-mail)
--------------------------	---------------------------------	--

☐ **UDZIELAM** ☐ **NIE UDZIELAM** UPOWAŻNIENIA DO DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PANU(I) (można upoważnić wiele osób):

..... Imię i nazwisko	 PESEL / Data urodzenia	 Dane kontaktowe (numer telefonu/adres e-mail)
--------------------------	---------------------------------	--

..... Imię i nazwisko	 PESEL / Data urodzenia	 Dane kontaktowe (numer telefonu/adres e-mail)
--------------------------	---------------------------------	--

☐ **WYRAŻAM SPRZECIW** WOBEC UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA PO ŚMIERCI OSOBOM BLISKIM¹

☐ **WSZYSTKIM** ☐ **NIŻEJ WYMIENIONYM**

..... Imię i nazwisko	 PESEL / Data urodzenia	 Dane kontaktowe (numer telefonu/adres e-mail)
--------------------------	---------------------------------	--

..... Imię i nazwisko	 PESEL / Data urodzenia	 Dane kontaktowe (numer telefonu/adres e-mail)
--------------------------	---------------------------------	--

☐ **WYRAŻAM SPRZECIW** WOBEC UJAWNIEŃ TAJEMNICY LEKARSKIEJ DOTYCZĄCEJ PACJENTA PO ŚMIERCI:

☐ **WSZYSTKIM** ☐ **NIŻEJ WYMIENIONYM**

..... Imię i nazwisko	 PESEL / Data urodzenia	 Dane kontaktowe (numer telefonu/adres e-mail)
--------------------------	---------------------------------	--

..... Imię i nazwisko	 PESEL / Data urodzenia	 Dane kontaktowe (numer telefonu/adres e-mail)
--------------------------	---------------------------------	--

☐ **WYRAŻAM ZGODĘ** ☐ **NIE WYRAŻAM ZGODY**

NA TELEFONICZNY KONTAKT ZE MNĄ przez upoważnionych do tego pracowników "CENTRUM MEDYCZNE MAVIT" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, celem przeprowadzenia wywiadu koniecznego dla oceny mojego stanu zdrowia w dłuższym okresie czasu po zakończeniu udzielania świadczeń oraz na przetwarzanie uzyskanych w ten sposób danych celem dokonania oceny skuteczności leczenia (ocena medyczna i ocena jakości życia), monitorowania mojego stanu zdrowia w trakcie okresu pozabiegowego.

.....

Miejscowość i data

Podpis Pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego

¹ osobą bliską jest małżonka, krewny do drugiego stopnia (rodzice, dziadkowie, dzieci, wnuki, rodzeństwo) powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej (teściowie), przedstawiciel ustawowy oraz osoba pozostająca we wspólnym pożyciu.