

# OŚWIADCZENIE PACJENTA

Dane pacjenta wypełniającego oświadczenie:

Imię i nazwisko:.....

Adres: ..... PESEL.....

1. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21.12.2010 r. Dz.U. Nr 252 poz. 1697 § 8 oświadczam, że: upoważniam następującą osobę\* / nikogo nie upoważniam\* do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej oraz uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach medycznych oraz do odbioru recept. Dane osoby upoważnionej:

Imię i nazwisko:.....

Adres: ..... PESEL/Data urodzenia.....

2. Wyrażam zgodę na przetwarzania moich danych osobowych przez FMM Mark-Med Sp. z o.o. zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 1997r. Nr. 133 poz. 883 z późniejszymi zmianami), jak również wszelkich danych dotyczących mojego stanu zdrowia wyłącznie dla potrzeb prowadzenia dokumentacji medycznej oraz sprawozdawczości i rozliczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia.

3. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań, diagnostykę, leczenie, zabiegi lub udzielanie innych świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dn. 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dostępna w rejestracji).

4. Zastąpiłem/am poinformowany/a o przeciwwskazaniach do stosowania leków, możliwych interakcjach i objawach ubocznych.

\* - *Właściwe podkreślić*

.....  
Data i podpis pacjenta

# OŚWIADCZENIE PACJENTA

Dane pacjenta wypełniającego oświadczenie:

Imię i nazwisko:.....

Adres: ..... PESEL.....

1. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21.12.2010 r. Dz.U. Nr 252 poz. 1697 § 8 oświadczam, że: upoważniam następującą osobę\* / nikogo nie upoważniam\* do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej oraz uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach medycznych oraz do odbioru recept. Dane osoby upoważnionej:

Imię i nazwisko:.....

Adres: ..... PESEL/Data urodzenia.....

2. Wyrażam zgodę na przetwarzania moich danych osobowych przez FMM Mark-Med Sp. z o.o. zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 1997r. Nr. 133 poz. 883 z późniejszymi zmianami), jak również wszelkich danych dotyczących mojego stanu zdrowia wyłącznie dla potrzeb prowadzenia dokumentacji medycznej oraz sprawozdawczości i rozliczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia.

3. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań, diagnostykę, leczenie, zabiegi lub udzielanie innych świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dn. 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dostępna w rejestracji).

4. Zastąpiłem/am poinformowany/a o przeciwwskazaniach do stosowania leków, możliwych interakcjach i objawach ubocznych.

\* - *Właściwe podkreślić*

.....  
Data i podpis pacjenta