

OŚWIADCZENIA i UPOWAŻNIENIA PACJENTA

Dane pacjenta wypełniającego oświadczenie:

Imię i nazwisko:..... Telefon kontaktowy:

Adres: PESEL:

1. Przyjmuję do wiadomości, że przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych medycznych przez Firmę Medyczną MARK-MED Sp. z o.o. odbywać się będzie w celu świadczenia usług medycznych, wykonywania badań, prowadzenia dokumentacji oraz sprawozdawczości i rozliczeń. Dane będą przetwarzane na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c oraz Art. 9 ust.2 lit. h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Klauzula informacyjna dostępna jest przy rejestracji oraz na stronie www.mark.med.pl)
2. Wyrażam wyraźną i dobrowolną zgodę*/nie wyrażam zgody* na przekazywanie informacji związanych z świadczeniem usług medycznych Firmy Medycznej MARK-MED Sp. z o.o. i obsługą pacjentów środkami komunikacji elektronicznej oraz kontakt telefoniczny/SMS na podany numer telefonu.
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 (dostępne w rejestracji).
4. Zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami oświadczam, że: a) upoważniam następującą osobę* / nikogo nie upoważniam* do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej, uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach medycznych; b) upoważniam następującą osobę* / nikogo nie upoważniam* do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej po mojej śmierci; c) upoważniam następującą osobę* / nikogo nie upoważniam* do odbioru recept;
Dane osoby upoważnionej / osób upoważnionych**: (Uzupełnić czytelnie DRUKOWANYMI LITERAMI)
Imię i nazwisko:..... Telefon kontaktowy:
Adres:/..... PESEL/Data urodzenia: <i>* Niewłaściwe skreślić; ** Niewypełnienie danych osoby upoważnionej traktowane jest jako brak upoważnienia</i>
Miejscowość i data: Kraków, dn. Czytelny podpis pacjenta:

OŚWIADCZENIA i UPOWAŻNIENIA PACJENTA

Dane pacjenta wypełniającego oświadczenie:

Imię i nazwisko:..... Telefon kontaktowy:

Adres: PESEL:

1. Przyjmuję do wiadomości, że przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych medycznych przez Firmę Medyczną MARK-MED Sp. z o.o. odbywać się będzie w celu świadczenia usług medycznych, wykonywania badań, prowadzenia dokumentacji oraz sprawozdawczości i rozliczeń. Dane będą przetwarzane na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c oraz Art. 9 ust.2 lit. h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Klauzula informacyjna dostępna jest przy rejestracji oraz na stronie www.mark.med.pl)
2. Wyrażam wyraźną i dobrowolną zgodę*/nie wyrażam zgody* na przekazywanie informacji związanych z świadczeniem usług medycznych Firmy Medycznej MARK-MED Sp. z o.o. i obsługą pacjentów środkami komunikacji elektronicznej oraz kontakt telefoniczny/SMS na podany numer telefonu.
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 (dostępne w rejestracji).
4. Zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami oświadczam, że: a) upoważniam następującą osobę* / nikogo nie upoważniam* do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej, uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach medycznych; b) upoważniam następującą osobę* / nikogo nie upoważniam* do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej po mojej śmierci; c) upoważniam następującą osobę* / nikogo nie upoważniam* do odbioru recept;
Dane osoby upoważnionej / osób upoważnionych**: (Uzupełnić czytelnie DRUKOWANYMI LITERAMI)
Imię i nazwisko:..... Telefon kontaktowy:
Adres:/..... PESEL/Data urodzenia: <i>* Niewłaściwe skreślić; ** Niewypełnienie danych osoby upoważnionej traktowane jest jako brak upoważnienia</i>
Miejscowość i data: Kraków, dn. Czytelny podpis pacjenta: