

Zgoda pacjenta

Imię i nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania

Data urodzenia, PESEL

Telefon kontaktowy

I. Zgoda Pacjenta(tki)

- 1) Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na objęcie mnie opieką przez NZOZ Marimed w Powątkowicach prowadzonym przez ALTO sp. z o.o. sp.k. z siedzibą w Osielsku 86-031, ul. Szosa Gdańska 19.
- 2) Oświadczam, że nie zataiłem/łam informacji istotnych dla procesu leczenia. Udzielone informacje są zgodne ze stanem faktycznym.
- 3) Zapoznałem/łam się z Prawami Pacjenta i są one dla mnie czytelne i zrozumiałe.
- 4) Zapoznałem/łam się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych.

* niepotrzebne skreślić

.....
Data

.....
Czytelny podpis Pacjenta(ki)

II. Upoważnienie do udzielania informacji

(PESEL jest niezbędny do weryfikacji osoby upoważnionej)

Upoważniam / nie upoważniam nikogo* do udzielenia informacji o stanie mojego zdrowia następującym osobom:

a) /
imię i nazwisko, PESEL ew. nr telefonu

b) /
imię i nazwisko, PESEL ew. nr telefonu

* niepotrzebne skreślić

.....
Czytelny Podpis Pacjenta(ki)

III. Upoważnienie do udostępnienia dokumentacji medycznej

(PESEL jest niezbędny do weryfikacji osoby upoważnionej)

1). Upoważniam / nie upoważniam nikogo* do udostępniania dokumentacji medycznej z przebiegu mojego leczenia za życia / za życia i po mojej śmierci* następującym osobom:

a) /
imię i nazwisko, PESEL ew. nr telefonu

b) /
imię i nazwisko, PESEL ew. nr telefonu

* niepotrzebne skreślić

.....
Czytelny Podpis Pacjenta(ki)

IV. Zgoda w imieniu Pacjenta(ki)

1) ze względu na (właściwe zaznaczyć znakiem „x”):

- wiek chorego (dziecko)(wiek)
- stan zdrowia, wyłączający możliwość samodzielnego podejmowania decyzji przez pacjenta
- stan zdrowia, wyłączający możliwość samodzielnego złożenia podpisu

Zgoda pacjenta

działając jako Osoba Bliska/ Przedstawiciel ustawowy *

..... / /
imię i nazwisko, PESEL Telefon kontaktowy

- 1) Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na objęcie Pacjenta(ki) opieką przez NZOZ Marimed w Powałkowicach prowadzonym przez ALTO sp. z o.o. sp.k. z siedzibą w Osielsku 86-031, ul. Szosa Gdańska 19.
Oświadczam, że nie zataiłem/łam informacji istotnych dla procesu leczenia Pacjenta(ki). Udzielone informacje są zgodne ze stanem faktycznym.
- 2) Zapoznałem/łam się z Prawami Pacjenta i są one dla mnie czytelne i zrozumiałe.
- 3) Zapoznałem/łam się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych.

* niepotrzebne skreślić

.....
Data Czytelny podpis
Osoba Bliska/ Przedstawiciel ustawowy *

V. Upoważnienie do udzielania informacji

(W przypadku Pacjenta małoletniego upoważnienia udziela Przedstawiciel ustawowy, tj. rodzic)

- 1). Upoważniam / nie upoważniam nikogo* do udzielenia informacji o stanie zdrowia Pacjenta(ki)* następującym osobom:

a) / /
imię i nazwisko, PESEL ew. nr telefonu

b) / /
imię i nazwisko, PESEL ew. nr telefonu

* niepotrzebne skreślić

.....
Czytelny Podpis Osoba Bliska/Przedstawiciel ustawowy

VI. Upoważnienie do udostępnienia dokumentacji

(W przypadku Pacjenta małoletniego upoważnienia udziela Przedstawiciel ustawowy, tj. rodzic)

- 2). Upoważniam / nie upoważniam nikogo* do udostępniania dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia Pacjenta(ki)* za życia / za życia i po śmierci * następującym osobom:

a) / /
imię i nazwisko, PESEL ew. nr telefonu

b) / /
imię i nazwisko, PESEL ew. nr telefonu

* niepotrzebne skreślić

.....
Czytelny Podpis Osoba Bliska/ Przedstawiciel ustawowy *