

Imię i nazwisko Pacjenta
Nr PESEL..... Nr ubezpieczenia
Nr telefonu..... Seria i nr dowodu osobistego
Adres zamieszkania.....

Wyrażam zgodę na objęcie pielęgniarską opieką długoterminową domową przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Altra” i równocześnie oświadczam, że:

**OŚWIADCZENIE PACJENTA/OPIEKUNA PRAWNEGO
do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych**

- ☐ Upoważniam (imię i nazwisko).....
PESEL telefon.....
do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.
- ☐ Nie upoważniam żadnej osoby do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

.....
(data i podpis pacjenta lub opiekuna prawnego)

**OŚWIADCZENIE PACJENTA/OPIEKUNA PRAWNEGO
do uzyskiwania dokumentacji medycznej**

- ☐ Upoważniam (imię i nazwisko)
PESEL telefon.....
do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.
- ☐ Nie upoważniam żadnej osoby do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

.....
(data i podpis pacjenta lub opiekuna prawnego)

**OŚWIADCZENIE PACJENTA/OPIEKUNA PRAWNEGO
o otrzymanej informacji na temat praw Pacjenta.**

Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a o przysługujących mi prawach Pacjenta.

.....
(data i podpis pacjenta lub opiekuna prawnego)

**OŚWIADCZENIE PACJENTA/OPIEKUNA PRAWNEGO
o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego**

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

.....
(data i podpis pacjenta lub opiekuna prawnego)

**OŚWIADCZENIE PACJENTA/OPIEKUNA PRAWNEGO
o zapoznaniu się z klauzulą informacyjną dotyczącą danych osobowych**

Administratorem Państwa danych osobowych jest NZOZ Altra Bożena Majchrowicz Katarzyna Tomaszewska sp. j. z siedzibą w Jarosławiu, ul. Poniatowskiego 53/3, adres e-mail: twojewsparcie@onet.pl, telefon 668 820 008, KRS: 0000476518, NIP: 7922253552, REGON: 180516942.

Oświadczam, że zostałem/-am zapoznany/-a z klauzulą informacyjną. Szczegóły klauzuli informacyjnej zostały udostępnione na stronie internetowej NZOZ Altra oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Zakładu.

.....
(data i podpis pacjenta lub opiekuna prawnego)

Podstawa prawna:

1. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanej dalej także RODO.
2. Ustawa z dnia 6.11.2008 r o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. Z 2009 r., Nr 52, poz. 417 z późn. zm.)
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Z 2015 r., poz. 2069 z późn. zm.)