000000025372 - ....
(kod identyfikacyjny) (nazwa jednostki organizacyjnej)

FORMMED
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Sp. k.
ul. Warszawska 197 D, Babice Nowe 05-082
nr tel.: 22 827 48 22, 22 350 47 05
NIP: 727 276 48 44, KRS: 0000360842
(pieczęć świadczeniodawcy)

PROSIMY O WYPEŁNIENIE FORMULARZA DRUKOWANYMI LITERAMI

OŚWIADCZENIE

PACJENTA / OPIEKUNA PRAWNEGO *

Imię i Nazwisko Pacjenta: ..... **PESEL:** .....

Adres zamieszkania Pacjenta: kod pocztowy ☐☐–☐☐☐ .....
miasto

ul. .....

Dane Opiekuna prawnego **: .....
(Imię i Nazwisko, PESEL, dane kontaktowe - adres)

.....

Telefon kontaktowy Pacjenta / Opiekuna prawnego *: (w celu potwierdzenia wizyty telefonicznie lub SMS)

tel. 1..... tel. 2 .....

Adres e-mail Pacjenta / Opiekuna prawnego * : .....

Wyrażam zgodę na przeprowadzanie wszelkich zleconych oraz uzasadnionych medycznie badań i udzielanie innych świadczeń zdrowotnych przez Formmed Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Sp.k. na rzecz mojej osoby / mojego dziecka *.

Zostałem/łam pouczony/a, o:

- prawie do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu;
- prawie odwołania zgody na przeprowadzanie badań i udzielanie innych świadczeń zdrowotnych. W razie braku zgody, wykonanie badania lub udzielenie świadczenia zdrowotnego będzie dopuszczalne w sytuacji konieczności udzielenia niezwłocznej pomocy lekarskiej.

- **Przyjmuję do wiadomości**, iż FORMMED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Sp.k., ul. Warszawska 197 D, Babice Nowe 05-082, jako Administrator danych, przetwarza dane osobowe w celu ochrony stanu zdrowia i świadczenia usług medycznych.
- Mam świadomość, że w niniejszym celu podanie i przetwarzanie danych osobowych określonych w przepisach prawa, tj. szczególnie w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia, jest obowiązkowe.
- Administrator danych zapewnia pełne gwarancje ochrony danych osobowych.
- Znam swoje prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.
- Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych opisane są w Polityce prywatności Administratora.

Babice Nowe, dnia ....
czytelny podpis Pacjenta / Opiekuna prawnego *

*) właściwe zaznaczyć
**) określić stosunek prawny do małoletniego Pacjenta (np. matka, ojciec, opiekun prawny)

VERTE ⟶

000000025372 - ....
(kod identyfikacyjny) (nazwa jednostki organizacyjnej)

FORMMED
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Sp. k.
ul. Warszawska 197 D, Babice Nowe 05-082
nr tel.: 22 827 48 22, 22 350 47 05
NIP: 727 276 48 44, KRS: 0000360842
(pieczęć świadczeniodawcy)

PROSIMY O WYPEŁNIENIE FORMULARZA DRUKOWANYMI LITERAMI

OŚWIADCZENIE

PACJENTA / OPIEKUNA PRAWNEGO *

Imię i Nazwisko Pacjenta: ..... **PESEL:** .....

Imię i Nazwisko Opiekuna prawnego: .....
(w przypadku gdy Pacjent jest niepełnoletni)

Oświadczam, że:

1. ☐ **Upoważniam poniższą Osobę lub Osoby, do uzyskiwania informacji o moim / mojego dziecka* stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych:**

   .....

   .....
   (Imię i Nazwisko, dane identyfikacyjne PESEL, dane kontaktowe - adres, nr telefonu)

   * ☐ **Zarówno za życia jak i po śmierci** * ☐ **Wyłącznie po mojej śmierci** * ☐ **Nie upoważniam nikogo**

---

2. ☐ **Upoważniam poniższą Osobę lub Osoby, do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby / mojego dziecka*:**

   .....

   .....
   (Imię i Nazwisko, dane identyfikacyjne PESEL, dane kontaktowe - adres, nr telefonu)

   * ☐ **Zarówno za życia jak i po śmierci** * ☐ **Wyłącznie po mojej śmierci** * ☐ **Nie upoważniam nikogo**

- Zostałem/łam poinformowany/a o tym, że w przypadku nie upoważnienia nikogo w pkt. 1 - 2, osoby bliskie w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt. 2 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta, czyli małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu, nie mają prawa do uzyskania jakichkolwiek informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do pozyskiwania kopii, odpisów i wyciągów z dokumentacji medycznej powstałej w związku z przeprowadzeniem zabiegu operacyjnego.
- Wyjątek stanowią sytuacje określone w art.40 ust.2 pkt.1-7 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty z 5.12.1996r., tj. Dz.U. 2008r., nr 136, poz.857, ze zm. oraz sytuacje określone w innych przepisach szczególnych.
- Świadoma/y odpowiedzialności prawnej za podanie nieprawdziwych informacji oświadczam, że jestem Pacjentem / Opiekunem prawnym Pacjenta* i jestem uprawniona/y do wyrażania zgody i składania oświadczeń w Swoim / Pacjenta * imieniu.

Babice Nowe, dnia .....

.....
czytelny podpis Pacjenta / Opiekuna prawnego *

*) właściwe zaznaczyć