

Częstochowa, dn.

ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY
prowadzony przez Zgromadzenie
Małych Sióstr NSM „Honoratki”
42-202 Częstochowa, ul. Ogrodowa 35

I OŚWIADCZENIE PACJENTA

Imię i Nazwisko.....

PESEL

1) Działając na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417):

nie upoważniam nikogo upoważniam poniżej wymienioną osobę
do [zaznaczyć odpowiednio]:

dostępu do mojej dokumentacji medycznej wytworzonej w ZOL, ul. Ogrodowa 35

udzielania jej informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych

Dane osoby upoważnionej:

Imię i nazwisko:

Pesel:

Dane kontaktowe:

.....

(podpis pacjenta)

2) Ja, niżej podpisana, **wyrażam zgodę** na umieszczenie mnie w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym, na warunki odpłatności za pobyt w tej placówce oraz na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1000) w celu realizacji procesu przyjęcia i przebywania w ZOL.

.....

(podpis pacjenta)

3) Jednocześnie oświadczam, że jestem zdeklarowana do lekarza POZ:

Imię i nazwisko lekarza.....

Nazwa i adres przychodni.....

.....

.....

.....

(podpis pacjenta)