

OŚWIADCZENIA PACJENTA DLA ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH

.....
imię, nazwisko pacjenta (ucznia)

.....
pesel pacjenta (ucznia) , nr telefonu do kontaktu

pkt 1. Oświadczam, że: (zaznaczyć właściwe pole)

- ☐ **upoważniam** do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych ,
.....
(imię, nazwisko, nr telefonu, adres, data urodzenia itp.)
- ☐ **nie upoważniam** żadnej osoby do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych,

.....
Czytelny podpis składającego oświadczenie

pkt 2 . Oświadczam, że: (zaznaczyć właściwe pole)

- ☐ **Upoważniam** do dostępu do mojej dokumentacji medycznej wytworzonej w Mediroot Urszula Korzeniowska, ul Św. Wojciecha 16, 62-100 Wągrowiec,
.....
(imię, nazwisko, nr telefonu, adres, data urodzenia itp.)
- ☐ **nie upoważniam** żadnej osoby do dostępu do mojej dokumentacji medycznej wytworzonej,

.....
Czytelny podpis składającego oświadczenie

CZĘŚĆ DOŁĄCZONA W PRZYPADKU WYPEŁNIANIA OŚWIADCZENIA PRZEZ PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO LUB OPIEKUNA FAKTYCZNEGO

pkt 3. Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym/opiekunem faktycznym małoletniego *lub osoby ubezwłasnowolnionej.

.....
(imię, nazwisko, pesel przedstawiciela ustawowego /opiekuna faktycznego, *przeważenie rodzic)

.....
Czytelny podpis składającego oświadczenie

CZĘŚĆ WSPÓLNA

pkt 4. Oświadczam, że zapoznałem/am się i zrozumiałem/am regulamin podmiotu leczniczego Mediroot, ul . Św. Wojciecha 16 , 62-100 Wągrowiec, klauzulę informacyjną danej placówki oraz zaakceptowałem/am ich warunki. Dokumentu znajdują się na stronie internetowej www.mediroot.pl oraz w placówce podmiotu.

.....
Czytelny podpis składającego oświadczenie

pkt 5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w oświadczeniu w celu :

- ☒ realizacji świadczeń medycznych i związanych z nimi procedur.
- ☐ marketingowych i promocyjnych(nr telefonu i adres korespondencyjny) w szczególności polegającej na kontaktowaniu się celem przedstawienia lub informacji o dostępnych usługach.

.....
Czytelny podpis składającego oświadczenie

Informujemy, że zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie poprzez kontak mailowy z administratorem danych rkorzeniowski@gmail.com .Podmiot medyczny : Mediroot Urszula Korzeniowska , ul. Św. Wojciecha 16, 62-100 Wągrowiec.