

Imię i nazwisko PESEL

ZGODA NA ŚWIADCZENIA

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6.11.2008 o prawach pacjenta (dotyczy również przedstawiciela ustawowego / opiekuna faktycznego / sądu opiekuńczego).

.....
(data)
(podpis)
..... pełnię obowiązków przedstawiciela ustawowego / opiekuna faktycznego pacjenta
.....
(podpis)

INFORMACJE O STANIE ZDROWIA I UDZIELANYCH ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH

Upoważniam
(imię i nazwisko)
zamieszkałą/ego
(kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu i mieszkania)
do uzyskania informacji o stanie mego zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych.
.....
(data)
(podpis pacjenta)

Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o stanie mego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych
.....
(data)
(podpis pacjenta)

UZYSKANIE DOKUMENTACJI

Upoważniam
(imię i nazwisko)
zamieszkałą/ego
(kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu i mieszkania)
do uzyskania mojej dokumentacji medycznej.
Upoważnienie to dotyczy / nie dotyczy wglądu do mojej dokumentacji medycznej również w przypadku mojej śmierci.
.....
(data)
(podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego)

Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej za wyjątkiem mojej śmierci. W takiej sytuacji osobą upoważnioną jest:
(imię i nazwisko)
zamieszkałą/y
(kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu i mieszkania)
.....
(data)
(podpis pacjenta)

GABINETY PRYWATNE

Zostałem/am poinformowany/a że wszystkie gabinety Kliniki Promienista w siedzibie przy ul. Promienistej 98 są gabinetami prywatnymi. Usługi medyczne wykonane na podstawie skierowań z nich wydanych są płatne.

.....
(data)

.....
(podpis pacjenta)

DANE OSOBOWE

Wyrażam / nie wyrażam zgodę/y na przetwarzanie moich danych osobowych do celów marketingowych i reklamowych zgodnie z ustawą z dn. 29.08.97 roku o Ochronie Danych Osobowych Dz. U. Nr 133 poz. 883. W celu uzyskania informacji o nowych usługach medycznych udostępniam mój adres e-mail:

.....
(data)

.....
(podpis pacjenta)

OŚWIADCZENIA POZOSTAŁE *

Zostałem/em / nie zostałem/em zakwalifikowany do planowej operacji z zakresu i wpisana/y na listę oczekujących, a w przypadku zmiany terminu zabiegu/operacji zostaną powiadomiona/y telefonicznie. Dostępna/y będę pod numerem

.....
(data)

.....
(podpis pacjenta)

Zostałem/em poinformowana/y o zakresie zabiegu/operacji, zakresie zaleceń przedoperacyjnych oraz wymaganych badaniach laboratoryjnych.

.....
(data)

.....
(podpis pacjenta)

Zostałem/em poinformowana/y, że usunięcie szwów z rany pooperacyjnej po zabiegu operacji refundowanej przez NFZ jest bezpłatne i wykonywane jest przez lekarza dyżurnego, jeśli brak przeciwwskazań lekarza prowadzącego.

.....
(data)

.....
(podpis pacjenta)

* jeśli nie dotyczy należy wpisać „nie dotyczy”

OŚWIADCZENIE KOŃCOWE

Zobowiązuję się w przypadku jakichkolwiek zmian w powyższych oświadczeniach do powiadomienia o tym fakcie podczas kolejnej wizyty w NZOZ Klinika Promienista.

.....
(data)

.....
(podpis pacjenta)

UWAGI

.....
.....
.....
.....