

Imię i nazwisko ..... PESEL .....

### 1. 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)

### 2. 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)

### 3. 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)

### 4. 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)

### 5. DANE OSOBOWE

Wyrażam / nie wyrażam zgodę/y na przetwarzanie moich danych osobowych do celów marketingowych i reklamowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46WE RODO (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

W celu uzyskania informacji o nowych usługach medycznych udostępniam mój adres e-mail:

.....  
.....  
(data) .....  
(podpis pacjenta)

## 6. OŚWIADCZENIA POZOSTAŁE \*\*

Zostałam/em / nie zostałam/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)

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

.....  
(data)

.....  
(podpis pacjenta)

Zostałam/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)

## 7. 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)

## 8. ADNOTACJA PRACOWNIKA KLINIKI

Pacjent/ka nie złożył/a oświadczeń, wymienionych w poz. 1,2,3 dotyczących zgody na świadczenia, informacji o stanie  
zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych oraz dotyczących upoważnienia do uzyskiwania dokumentacji  
medycznej

.....  
(data i podpis pracownika Kliniki)

## 9. UWAGI

Zobowiązuję się do odbioru wyników badań, recept osobiście a w przypadku niemożności osobistego odbioru wyników proszę o ich  
wydanie Panu/Pani .....

.....  
(data i podpis Pacjenta)

\* jeśli Pacjent/ka nie wypełnił/a pkt. 1,2,3, wówczas pkt. 8 wypełnia pracownik Kliniki

\*\* jeśli nie dotyczy należy wpisać „nie dotyczy”