KLINIKA PROMIENISTA

NZOZ KLINIKA PROMIENISTA

ul. Promienista 98; 60-142 Poznań
tel. 61 862 20 25

RE/1/24

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 obowiązki 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 zostanę 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”