|  |  |
| --- | --- |
| Praktyka Lekarska Ogólna dr Alicja Korpysz  ul. Bobrowiecka 10 lok. 61 00-728 Warszawa | |
| **ZGODA NA KONTAKT** | |
| Imię | Nazwisko |
| PESEL | Nr telefonu |
| Adres | Adres e-mail *(fakultatywnie)* |
| Oświadczam, że:   * wyrażam zgodę oraz upoważniam Praktykę Lekarską Ogólną dr Alicji Korpysz, ul. Bobrowiecka 10 lok. 61, 00-728 Warszawa - do nawiązywania ze mną kontaktu w zakresie wynikającym z korzystania przeze mnie ze świadczeń medycznych, w szczególności w celu przekazania informacji dotyczących wizyt, planowanych lub zrealizowanych badań, przypomnień dotyczących badań okresowych oraz we wszelkich innych sprawach związanych z posiadaniem przeze mnie statusu pacjenta Praktyki Lekarskiej Ogólnej dr Alicji Korpysz, w tym także informacji o poszerzeniu oferty dostępnych usług Praktyki Lekarskiej Ogólnej dr Alicji Korpysz * Powyższa zgoda znajduje także odpowiednie zastosowanie w stosunku do innych pacjentów Praktyki Lekarskiej Ogólnej dr Alicji Korpysz, jeżeli w ich kartotece moja osoba wskazana została jako rodzic, opiekun prawny lub osoba wyznaczona do kontaktu. * wskazane przeze mnie dane kontaktowe są prawidłowe i aktualne oraz zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Praktykę Lekarską Ogólną dr Alicji Korpysz o każdej zmianie wyżej wymienionych danych. * Niniejsza zgoda obejmuje kanały komunikacji określone w niniejszym formularzu niezależnie od ewentualnej zmiany określonego w nim nr telefonu, adresu lub adresu e-mail. | |
| *Data* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Podpis rodzica/opiekuna prawnego* |

Warszawa, Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Praktyka Lekarska Ogólna dr Alicja Korpysz  ul. Bobrowiecka 10 lok. 61 00-728 Warszawa | |
| **OŚWIADCZENIE PACJENTA/ RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO**  **w sprawie wskazania osoby upoważnionej do uzyskania informacji o stanie zdrowia pacjenta oraz dostępu do jego dokumentacji medycznej** | |
| **DANE PACJENTA** | |
| Imię pacjenta | Nazwisko |
| PESEL | Nr telefonu |
| Adres | Adres e-mail *(fakultatywnie)* |
| **DANE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO**  (w przypadku pacjentów małoletnich) | |
| Imię i nazwisko | PESEL |
| Wskazuję, że osobą upoważnioną do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia/ stanie zdrowia małoletniego pacjenta oraz uzyskania dostępu do mojej dokumentacji medycznej jest Pan/i | |
| Imię i nazwisko | PESEL |
| Nr telefonu | Adres |
| Upoważnienie jest ważne *zarówno za życia jak i po mojej śmierci/wyłącznie po mojej śmierci\**  Jednocześnie oświadczam, że osoba upoważniona została przeze mnie poinformowana o nadaniu upoważnienia i podaniu jej danych osobowych oraz że wyraziła zgodę na przetwarzanie jej danych osobowych dla celów udzielania informacji określonych w upoważnieniu. | |
| *Data* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Podpis pacjenta/rodzica/opiekuna prawnego\** |

Jestem świadomy/a, że wycofanie zgody na przetwarzanie danych przez osobę upoważnioną równoznaczne jest z odwołaniem przedmiotowego upoważnienia.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*podpis pacjenta/rodzica/opiekuna prawnego*

\* *- niepotrzebne skreślić*