



Spezialisiertes Wojewodschafts-Zentrum für Onkologie und Traumatologie
M. Kopernik in Łódź
 Łódź 93-513, ul. Pabianicka 62, Identifikationscode des Zentrums: 000000004373

ERKLÄRUNGEN* –
EINWILLIGUNG DES PATIENTEN ZUR AUFNAHME IN DIE AMBULANZ

Datum.....

Vor- und Familienname des Patienten	Personenkennzahl PESEL
Vor- und Familienname des Elternteils / gesetzlichen Vertreters (bei Patienten unter 18 Jahren)	
Wohnadresse	Telefonnummer der Kontaktperson
Korrespondenzadresse (falls andere als Wohnadresse)	E-Mail-Adresse

Hiermit ermächtige ich:
 1. Frau/Herrn
 wohnhaft in ul. Nr. ..., Tel.
 2. Frau/Herrn
 wohnhaft in ul. Nr. ..., Tel.

Informationen über meinen / den Gesundheitszustand meines Kindes* und die erbrachten medizinischen Leistungen zu erhalten.**

Ich ermächtige niemanden. Informationen über meinen / den Gesundheitszustand meines Kindes*** und die erbrachten medizinischen Leistungen zu erhalten.
 Ich widerspreche **Ich widerspreche nicht** der Weitergabe von Informationen über meinen / den Gesundheitszustand meines Kindes*** an einen Angehörigen nach meinem / meines Kindes*** Tod.

Hiermit ermächtige ich:
 1. Frau/Herrn
 wohnhaft in ul. Nr. ..., Tel.
 2. Frau/Herrn
 wohnhaft in ul. Nr. ..., Tel.

Zugang zu meiner / der Patientenakte meines Kindes* zu erhalten.**

Ich ermächtige niemanden. Zugang zu meiner Patientenakte zu erhalten.
 Ich widerspreche **Ich widerspreche nicht** der Weitergabe meiner / der Patientenakte meines Kindes*** an einen Angehörigen nach meinem / meines Kindes*** Tod.

.....
 Leserliche Unterschrift des Patienten / gesetzlichen Vertreters***

.....
 Leserliche Unterschrift eines Kindes über 16 Jahre **

Ich bevollmächtige:
 Frau/Herrn
 wohnhaft in ul. Nr. ..., Tel.
 Rezepte und/oder Verordnungen für die Versorgung mit Medizinprodukten entgegenzunehmen, die notwendig sind für die Weiterbehandlung und/oder die Fortsetzung der Versorgung mit Medizinprodukten.

.....
 Leserliche Unterschrift eines Kindes über 16 Jahre. ** Leserliche Unterschrift des Patienten / gesetzlichen Vertreters ***
 oder

Ich erkläre, dass die auf mich ausgestellten Rezepte und/oder Verordnungen für die Versorgung mit Medizinprodukten, die notwendig sind für die Weiterbehandlung und/oder die Fortsetzung der Versorgung mit Medizinprodukten, von Dritten entgegengenommen werden können, ohne dass diese Dritten speziell festgelegt werden.

.....
 Leserliche Unterschrift eines Kindes über 16 Jahre. ** Leserliche Unterschrift des Patienten / gesetzlichen Vertreters ***

INFORMATIONSKLAUSEL

Um die Transparenz bei der Verarbeitung personenbezogener Daten im Zusammenhang mit der Erbringung medizinischer Leistungen zu gewährleisten, teilen wir Ihnen Folgendes mit:

Angaben zum Verantwortlichen für die personenbezogenen Daten

- Der Verantwortliche für Ihre personenbezogenen Daten ist das Spezialisierte Wojewodschafts-Zentrum für Onkologie und Traumatologie M. Kopernik in Łódź, im Weiteren Krankenhaus genannt.
- Kontaktdaten des Krankenhauses: 93-513 Łódź, ul. Pabianicka 62, Tel.: +48 42 689 5000, E-Mail: szpital@kopernik.lodz.pl.
- Sollten Sie Fragen zur Datenverarbeitung haben, richten Sie diese per Post an die Adresse des Krankenhauses oder per E-Mail an den Datenschutzbeauftragten, Herrn Tomasz Zdzienicki (iod@kopernik.lodz.pl).

Zweck der Verarbeitung von personenbezogenen Daten

Wir verarbeiten Ihre Daten in Verbindung mit der Erbringung von medizinischen Leistungen.

Ausführliche Informationen über die Verarbeitung von personenbezogenen Daten

Ausführliche Informationen erhalten Sie an den Anmeldeschaltern, bei den Stellen, die die medizinischen Leistungen erbringen, sowie auf der Website des Kopernik-Krankenhauses in Łódź unter www.kopernik.lodz.pl

Darüber hinaus gilt Folgendes:

1. Rauchen, Alkohol- und Rauschmittelkonsum, Besitz von scharfen Gegenständen, Schusswaffen und anderen gefährlichen Gegenständen sind auf dem Gelände der Behandlungseinrichtung strengstens verboten.
2. Sie haben das Recht, die oben genannte(n) ermächtigte(n) Person(en) zu ändern***.

.....
 Leserliche Unterschrift des Patienten / gesetzlichen Vertreters***

.....
 Leserliche Unterschrift eines Kindes über 16 Jahre **

HINWEIS: nur auszufüllen, wenn die erteilten Ermächtigungen widerrufen werden!!!

Ich widerrufe die vorgenannte(n) Ermächtigung(en) mit Wirkung zum ****

.....
 Leserliche Unterschrift des Patienten / gesetzlichen Vertreters***

.....
 Leserliche Unterschrift eines Kindes über 16 Jahre **

Legende:

* Die Erklärungen – Einwilligung des Patienten zur Krankenhausaufnahme hat ausschließlich der Patient oder sein gesetzlicher Vertreter auszufüllen.

** Ist der Patient über 16, aber unter 18 Jahren alt, sollte die Information doppelt erfolgen, d. h. an den Patienten und seinen gesetzlichen Vertreter gerichtet werden.

*** ----- – Unzutreffendes mit einem waagerechten Strich streichen

**** Werden die genannten Einwilligungen widerrufen, verliert diese Erklärung ihre Gültigkeit, und der Patient füllt neue Erklärungen seinen Wünschen entsprechend aus.

– das entsprechende Quadrat mit „X“ ankreuzen

Angehöriger – Ehepartner, Verwandter bis zum zweiten Grad oder Verschwägerter bis zum zweiten Grad in gerader Linie, gesetzlicher Vertreter, Lebensgefährte oder eine vom Patienten benannte Person.