



**Воєводський багатопрофільний центр онкології та травматології
ім. М. Коперніка в Лодзі**

Лодзь 93-513, вул. Пабяніцка 62, ідентифікаційний код Центру: 000000004373

ЗАЯВИ* - ЗГОДА ПАЦІЄНТА НА ПРИЙОМ ДО КЛІНІКИ

Дата.....

Ім'я та прізвище пацієнта	Номер PESEL
Прізвище та ім'я одного з батьків / законного представника (стосується пацієнтів до 18 років)	
Адреса проживання:	Контактний номер телефону
Адреса для кореспонденції (заповнити, якщо відрізняється)	Адреса електронної пошти

Уповноважую:
 1. Пані/Пана:.....
 що проживає у вул.буд.тел.
 2. Пані/Пана:.....
 що проживає у вул.буд.тел.
отримувати інформацію про стан здоров'я мій / моєї дитини* та надані медичні послуги.**

Я не уповноважую нікого отримувати інформацію про стан здоров'я мій / моєї дитини *** та надані медичні послуги.
 Я заперечую **Я не заперечую** щодо розголошення інформації близькій особі про стан здоров'я мій / моєї дитини*** після смерті мене / моєї дитини***.

Уповноважую:
 1. Пані/Пана:.....
 що проживає у вул.буд.тел.
 2. Пані/Пана:.....
 що проживає у вул.буд.тел.
отримувати доступ до медичної документації моєї / моєї дитини.

Я нікого не уповноважую отримати доступ до моєї медичної документації.
 Я заперечую **Я не заперечую** щодо надання близькій особі медичної документації моєї / моєї дитини*** після смерті мене / моєї дитини***.

.....
 розбірливий підпис пацієнта/ законного представника***

.....
 розбірливий підпис дитини старше 16 років **

Уповноважую:
 Пані/Пана
 що проживає у вул. буд. ..., тел.
 отримувати рецепти та/або замовлення на постачання медичних виробів, необхідних для продовження лікування та/або продовження постачання медичних виробів.

.....
 розбірливий підпис дитини старше 16 років. **

.....
 розбірливий підпис пацієнта/ законного представника ***

Я заявляю, що видані мені рецепти та/або замовлення на постачання медичних виробів, необхідних для продовження лікування та/або продовження постачання медичних виробів, можуть отримувати треті особи без детального зазначення цих осіб.

.....
 розбірливий підпис дитини старше 16 років. **

.....
 розбірливий підпис пацієнта/ законного представника ***

ІНФОРМАЦІЙНЕ ПОЛОЖЕННЯ

З метою забезпечення прозорості обробки персональних даних у зв'язку з наданням медичних послуг повідомляємо, що:

Дані Адміністратора персональних даних

- Адміністратором ваших персональних даних є Воєводський багатопрофільний центр онкології та травматології імені М. Коперника в Лодзі, далі – Лікарня.
- Контактні дані Лікарні: 93-513 Лодзь, вул. Пабяніцка 62, тел. +48 42689 5000, e-mail:szpital@kopernik.lodz.pl.
- Якщо у вас виникли запитання щодо обробки даних, надішліть їх поштою на адресу Лікарні або електронною поштою до інспектора із захисту даних пана Томаша Здзеніцького (iod@kopernik.lodz.pl).

Цілі обробки даних

Ми обробляємо ваші дані у зв'язку з процесом надання медичних послуг.

Повна інформація щодо обробки персональних даних

Повну інформацію можна отримати в пунктах реєстрації, у місцях надання медичних послуг та на вебсайті Лікарні Коперника у Лодзі за адресою: www.kopernik.lodz.pl

Крім того:

1. На території закладу категорично заборонено палити, розпивати алкогольні напої та вживати одурманюючі засоби, володіння колючими інструментами, вогнепальною зброєю та будь-якими небезпечними предметами.
2. Ви маєте право змінити особу/осіб, уповноважену/-их вище****.

.....
розбірливий підпис пацієнта/ законного представника***

.....
розбірливий підпис дитини старше 16 років **

УВАГА! Заповнювати тільки у разі анулювання наданих повноважень!!!

Я відкликаю вказане/і вище повноваження з

.....
розбірливий підпис пацієнта/ законного представника***

.....
розбірливий підпис дитини старше 16 років **

Позначення:

* Заяву-згоду пацієнта на прийом до Лікарні заповнює тільки пацієнт або законний представник.

** Якщо пацієнту виповнилося 16 років і не виповнилося 18, інформація має бути подвійною, тобто адресована пацієнту та його законному представнику.

**----- -закресліть непотрібне горизонтальною лінією.

*** У разі анулювання зазначених повноважень ця заява втрачає чинність і пацієнт заповнює нові заяви за своїм бажанням.

поставте символ „X” у потрібному місці.

Близька особа – чоловік/дружина, родич до другого ступеня або свояк до другого ступеня по прямій лінії, законний представник, особа, яка проживає разом з пацієнтом, або особа, зазначена пацієнтом.