


**Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii
im. M. Kopernika w Łodzi**

Łódź 93-513, ul. Pabianicka 62, kod identyfikacyjny Centrum: 000000004373

OŚWIADCZENIA* – ZGODA PACJENTA NA PRZYJĘCIE DO PORADNI

Data.....

| Imię i nazwisko pacjenta | PESEL |
|---|--------------------------|
| | |
| Imię i nazwisko rodzica/ przedstawiciela ustawowego (dotyczy pacjentów poniżej 18 roku życia) | |
| | |
| Adres zamieszkania: | Nr telefonu kontaktowego |
| | |
| Adres korespondencyjny (jeżeli inny niż adres zamieszkania) | Adres e-mail |
| | |

 Upoważniam:

1. Panią/Pana

zamieszkałą/ego w ul. nr ..., tel.

2. Panią/Pana

zamieszkałą/ego w ul. nr ..., tel.

do otrzymywania informacji o moim/mojego dziecka* stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.**
 Nie upoważniam nikogo do otrzymywania informacji o moim/mojego dziecka*** stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

 Sprzeciwiam się **Nie sprzeciwiam się** ujawnieniu informacji osobie bliskiej o moim/mojego dziecka*** stanie zdrowia po mojej/mojego dziecka*** śmierci.

 Upoważniam:

1. Panią/Pana

zamieszkałą/ego w ul. nr ..., tel.

2. Panią/Pana

zamieszkałą/ego w ul. nr ..., tel.

do uzyskania dostępu do mojej /mojego dziecka * dokumentacji medycznej.**
 Nie upoważniam nikogo do uzyskania dostępu do mojej dokumentacji medycznej.

 Sprzeciwiam się **Nie sprzeciwiam się** udostępnieniu osobie bliskiej mojej/mojego dziecka*** dokumentacji medycznej po mojej/mojego dziecka*** śmierci.

czytelny podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego***

czytelny podpis dziecka powyżej 16 r.ż. **

 Upoważniam:

Panią/Pana

zamieszkałą/ego w ul. nr ..., tel.

do odbioru recept i/lub zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne niezbędnych do kontynuacji leczenia i/lub kontynuacji zaopatrzenia w wyroby medyczne.

czytelny podpis dziecka powyżej 16 r.ż. **

czytelny podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego***

lub
 Oświadczam, że wystawiane dla mnie recepty i/lub zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne niezbędne do kontynuacji leczenia i/lub kontynuacji zaopatrzenia w wyroby medyczne mogą być odbierane przez osoby trzecie bez szczegółowego określania tych osób.

czytelny podpis dziecka powyżej 16 r.ż. **

czytelny podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego***

KLAUZULA INFORMACYJNA

W celu zapewnienia przejrzystości przetwarzania danych osobowych w związku z udzielaniem świadczeń medycznych chcemy Państwa poinformować o tym, że:

Dane Administratora Danych Osobowych

- Administratorem Państwa danych osobowych jest Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi, zwane dalej Szpitalem.
- Dane kontaktowe Szpitala: 93-513 Łódź, ul. Pabianicka 62, tel.: +48 42689 5000, e-mail: szpital@kopernik.lodz.pl.
- Jeśli mają Państwo pytania dotyczące przetwarzania danych prosimy je kierować listownie na adres Szpitala lub mailowo do Inspektora Ochrony Danych Pana Tomasza Zdżienickiego (iod@kopernik.lodz.pl).

Cel przetwarzania danych

Państwa dane przetwarzamy w związku z procesem udzielania świadczeń zdrowotnych.

Pełna informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych

Pełną informację można uzyskać w punktach rejestracji, miejscach udzielania świadczeń zdrowotnych oraz na stronie internetowej Szpitala Kopernika w Łodzi pod adresem www.kopernik.lodz.pl

Ponadto:

1. Na terenie placówki obowiązuje całkowity zakaz palenia tytoniu, spożywania alkoholu oraz używania środków odurzających, posiadania ostrych narzędzi, broni palnej oraz wszelkich niebezpiecznych przedmiotów.
2. Mają Państwo prawo do zmiany osoby/ osób upoważnionej/-ych powyżej***.

.....
czytelny podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego***

.....
czytelny podpis dziecka powyżej 16 r.ż. **

U W A G A! Wypełnić tylko w przypadku cofania nadanych upoważnień!!!

Cofam wskazane powyżej upoważnienie/a z dniem ****

.....
czytelny podpis dziecka powyżej 16 r.ż. **

.....
czytelny podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego***

Legenda:

* Oświadczenia – zgodę pacjenta na przyjęcie do Poradni wypełnia wyłącznie pacjent lub przedstawiciel ustawowy.

** Jeżeli pacjent ukończył 16 lat a nie ma skończonych 18 informacja powinna być podwójna tj. adresowana do pacjenta i jego przedstawiciela ustawowego.

*** - niepotrzebne skreślić linią poziomą

**** W przypadku cofnięcia wskazanych upoważnień niniejsze oświadczenie traci ważności i pacjent wypełnia nowe oświadczenia zgodnie ze swoją wolą.

- wstaw znak „X” we właściwym miejscu.

Osoba bliska – małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta.