

Nowy Sącz, dnia

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL Pacjenta: Numer telefonu:

OŚWIADCZENIE PACJENTA

☐ **Wyrażam zgodę** na uzyskanie przez poniżej wskazaną osobę informacji o moim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych mi świadczeń zdrowotnych:

.....
Imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....
Dane kontaktowe

☐ **Nie wyrażam zgody** na udzielanie informacji o moim stanie zdrowia żadnej osobie.

.....
(podpis Pacjenta lub uprawnionego przedstawiciela)

☐ **Upoważniam** poniżej wskazaną osobę do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia oraz udzielonych mi świadczeń zdrowotnych:

.....
Imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....
Dane kontaktowe

☐ **Nie upoważniam** żadnej osoby do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia i udzielonych mi świadczeń zdrowotnych.

.....
(podpis Pacjenta lub uprawnionego przedstawiciela)

Administratorem Twoich danych osobowych jest Centrum Medyczne „Batorego” Sp. z o.o. Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych jest zamieszczona na stronie www.cmbatorego.pl w zakładce RODO oraz pod numerem telefonu **18 442-00-06**.