



OŚWIADCZENIE PACJENTA

Wstawić znak „X” w miejscu z wybraną odpowiedzią

Stałe Jednorazowe

Imię i nazwisko Pacjenta:

Pesel: lub *
rodzaj, numer i seria dokumentu tożsamości

Działając na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w związku z & 8 ust. 1 Rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów Dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania:

Upoważniam niżej wymienioną osobę do uzyskania dostępu do:** Nie upoważniam nikogo,
 dokumentacji medycznej, odbioru wyników badań i recept, informacji na temat stanu mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach medycznych.

Imię i nazwisko osoby upoważnionej:

Pesel: lub *
rodzaj, numer i seria dokumentu tożsamości

Adres: , Kod pocztowy:
ulica, numer domu / numer mieszkania

Miejscowość: , Numer telefonu:

* wypełnić przypadku, kiedy numer Pesel nie został nadany

** upoważnienie obowiązuje do czasu cofnięcia

Dane zawarte w oświadczeniu będą przetwarzane wyłącznie w celu udostępnienia dokumentacji medycznej i udzielenia informacji na temat zdrowia pacjenta. Szczegółowe informacje na temat przetwarzania danych osobowych dostępne są na stronie <https://www.ncm.com.pl/rodo> oraz w recepcji Domu Medycznego.

Miejscowość:

Data:
dd-mm-rrrr

.....
czytelny podpis pacjenta

NCM/szp.og.27/03.03.2022

.....
czytelny podpis pracownika NCM Sp. z o. o.
w obecności, którego złożono oświadczenie