



Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Przychodnia Piaskowa Góra”
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Wałbrzychu
58-309 Wałbrzych, ul. Główna 4
tel. (+48) 074 886 86 38, fax (+48) 074 886 86 32, www.przychodnia-pgora.pl

UPOWAŻNIENIE OSOBY BLISKIEJ DO UZYSKIWANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH ORAZ DO UZYSKIWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko pacjenta: **PESEL:**

Adres: **Tel. kontaktowy:**

1. Oświadczam, iż **do otrzymywania informacji na temat stanu mojego stanu zdrowia** i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz **do uzyskiwania dokumentacji medycznej** (także w przypadku śmierci)* upoważniam następującą osobę:

Imię i nazwisko: **PESEL/ Data ur.:**

Adres:

Stopień pokrewieństwa **Telefon kontaktowy:**

2. Oświadczam, iż **nie udzielam upoważnienia** do przekazywania komukolwiek informacji o stanie mojego zdrowia i o udzielonych świadczeniach zdrowotnych (z wyłączeniem upoważnień ustawowych) oraz do odbioru mojej dokumentacji medycznej*
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w upoważnieniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu udostępniania dokumentacji medycznej zgodnie z *Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 roku tzw. RODO w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Ogólne rozporządzenie o ochronie danych).*

Data i podpis pacjenta

(* Uwaga – niepotrzebne skreślić)