

Oświadczenia pacjenta¹

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko

PESEL Tel. Kontaktowy

Adres zamieszkania

.....

Dane przedstawiciela ustawowego²:

Imię i nazwisko

PESEL Tel. Kontaktowy

Adres zamieszkania

.....

Dokument potwierdzający przedstawicielstwo ustawowe³:

.....

Dane osoby upoważnionej:

Imię i nazwisko

PESEL Tel. Kontaktowy

Adres zamieszkania

.....

1. Upoważniam/ Nie upoważniam⁴ (wskazaną osobę) do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych.

2. Upoważniam/ Nie upoważniam⁴ (wskazaną osobę) do uzyskiwania dokumentacji medycznej.

3. Wyrażam sprzeciw (w razie braku nie uzupełniać) na udostępnienie dokumentacji osobie bliskiej⁵ w razie śmierci.

Imię i nazwisko osoby, której dotyczy wskazanie:

.....

¹ Podstawa prawna:

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2015r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania oraz
2. Ustawa z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta.

² Jeśli pacjent jest małoletni lub ubezwłasnowolniony

³ Jeśli dziecko/ubezwłasnowolniony nosi inne nazwisko niż przedstawiciel ustawowy (np. akt urodzenia, postanowienie Sądu)

⁴ Niepotrzebne skreślić

⁵ Osoba bliska w rozumieniu przepisów: małżonek, krewny do drugiego stopnia (np. córka, wnuk) lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej (np. teściowa), przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta.

.....
(data i podpis Pacjenta/przedstawiciela ustawowego)

Oświadczenia pacjenta

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko

PESEL

Wyrażam/nie wyrażam¹ zgody na przetwarzanie moich danych osobowych² przez Przychodnię Specjalistyczną w Olsztynie (PSO) w celu wykonania badania na obecność we krwi przeciwciał przeciwko koronawirusowi SARS-CoV-2.

Oświadczam, że przed wykonaniem testu zapoznałem/am się z informacjami na temat testu zamieszczonymi na stronie internetowej PSO i przyjmuję je ze zrozumieniem. Wiem, że negatywny wynik testu nie daje 100% pewności, że jestem zdrowy/a, natomiast wynik pozytywny może oznaczać aktywne lub przebyte zakażenie wirusem SARS-CoV-2 – co wymaga weryfikacji za pomocą badania molekularnego.

Klauzula informacyjna:

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. (RODO):

a) Administratorem danych jest Przychodnia Specjalistyczna w Olsztynie, ul. Dworcowa 28, 10-437 Olsztyn.

b) Dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h RODO w celu świadczenia usług medycznych, weryfikacji danych podczas umawiania usługi (też. art. 6 ust. 1 lit. c) oraz wydawania wyniku.

c) Odbiorcami danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz osoby upoważnione na podstawie złożonego oświadczenia.

d) Dane osobowe będą przechowywane przez okres wskazany w Ustawie z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

e) Pacjent ma prawo do żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody oraz prawo do przenoszenia danych.

.....

(data i podpis Pacjenta/przedstawiciela ustawowego)