

OŚWIADCZENIE PACJENTA

1. Wyrażam/nie wyrażam** zgody na leczenie i/lub badania diagnostyczne w Z.O.Z Sp. z o.o. „Adamed” z siedzibą 93-530 Łódź, ul. Paderewskiego 11

PORADNIA MEDYCZYNY PRACY

(Imię i nazwisko)(PESEL).....

(adres zamieszkania).....

(telefon) *.....(e-mail) *.....

2. Do zasięgnięcia informacji o stanie mojego zdrowia oraz udzielonych świadczeniach medycznych **upoważniam/nie upoważniam****

.....
(imię i nazwisko, dane kontaktowe)

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

3. Do dostępu do dokumentacji medycznej **upoważniam/nie upoważniam****

.....
(imię i nazwisko, dane kontaktowe)

Sprzeciwiam/nie sprzeciwiam się** udostępnianiu osobie bliskiej mojej dokumentacji medycznej po mojej śmierci.

4. **Wyrażam/nie wyrażam**** zgodę na przetwarzanie przez Z.O.Z. Sp. z o.o. „Adamed”, moich danych w rozumieniu RODO oraz ustawy prawo telekomunikacyjne w celach marketingowych dotyczących usług oferowanych przez:

SMS e-mail

5. **Wyrażam/nie wyrażam**** zgodę na przetwarzanie przez Z.O.Z Sp. z o.o. „Adamed”, moich danych osobowych podanych w pkt. 1 w celu udzielania świadczeń zdrowotnych (podanie danych wymienionych w art. 25 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta jest obowiązkowe, zgoda dotyczy pozostałych podanych danych).

6. Oświadczam, że wiem, o przysługującej mi możliwości wycofania zgody w każdym czasie. Zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie o warunku możliwości jej rozliczalności. Zostałem/łam również poinformowany/na o celu zbierania danych przez Administratora – Z.O.Z sp. z o.o. „Adamed”, dobrowolności ich podania, prawie wglądu i możliwości ich usunięcia oraz poprawienia.

7. Pełna klauzula informacyjna dostępna jest na stronie internetowej Z.O.Z Sp. z o.o. „Adamed” i do wglądu na tablicy informacyjnej w Przychodni (miejscu zlokalizowania poradni).

8. ZOZ Sp. z o.o. „Adamed” będzie przetwarzała dane osobowe w celu komunikacji w związku z korzystaniem z usług medycznych, w tym w wysyłanych za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dotyczących planowanych wizyt (SMS lub połączenia telefoniczne przypominające o terminie wizyty), zamówionych informacji, takich jak: plan leczenia, wyniki badań, zdjęcia diagnostyki obrazowej, dodatkowe informacje o leczeniu oraz w celu oferowania: wzięcia udziału w badaniach klinicznych, badaniach naukowych, innych innowacyjnych terapiach leczenia i profilaktyki zdrowotnej.

.....
(czytelny podpis, miejscowość, data)

Podstawy prawne:

- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2022, poz. 64).
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 2022, poz. 583,655), Obwieszczenie Marszałka Sejmu RP z 28.02.2020 w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. (Dz. U. 2020, poz. 514).
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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) Dz.U.U.E.L.2016.119.1 (powyżej: RODO)

***Podanie tych danych osobowych nie jest obowiązkowe**

****Niewłaściwie skreślić**

profilaktycznego

Wydanie VII. Obowiązuje od 25.04.2022 r.

Przedmiotowe oświadczenie jest integralną częścią karty badania