

## Oświadczenia Pacjenta

składane obowiązkowo zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 08.12.2015 r.  
w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania  
oraz Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Imię i nazwisko Pacjenta .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

### 1. Oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia:

**Dane osoby upoważnionej (w razie braku upoważnienia wpisać „nie upoważniam”)**

Imię i nazwisko .....

Adres i/lub nr telefonu .....

### 2. Oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji medycznej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia:

**Dane osoby upoważnionej (w razie braku upoważnienia wpisać „nie upoważniam”)**

Imię i nazwisko .....

### 3. Oświadczenie pacjenta wyrażające sprzeciw na udostępnienie dokumentacji medycznej osobie bliskiej\* po śmierci pacjenta:

**Dane osoby bliskiej, której dotyczy sprzeciw (w razie braku nie uzupełniać)**

Imię i nazwisko .....

\*Osobą bliską w rozumieniu przepisów jest: 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

1. Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 RODO, POLMED SA z siedzibą w Starogardzie Gdańskim, osiedle Kopernika 21, będąc administratorem danych osobowych informuje, że przetwarza dane osobowe w celu:
  - a. realizacji usług medycznych (prowadzenie dokumentacji medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej oraz zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej, profilaktyki zdrowotnej medycyny pracy, zapewnienia zabezpieczenia społecznego) na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h RODO,
  - b. weryfikacji danych podczas umawiania wizyty – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c (wypełnienia obowiązku prawnego ciężącego na administratorze) oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO,
  - c. kontaktu telefonicznego lub za pośrednictwem e-mail w celu potwierdzenia rezerwacji, odwołania bądź zmiany terminu konsultacji lekarskiej oraz wysyłki informacji odnośnie przygotowania do badań lub zabiegów – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO (na podstawie umowy i prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora).
2. Podanie danych jest niezbędne do świadczenia usług medycznych.
3. Pacjentom przysługuje m.in. prawo dostępu do danych, ich sprostowania, aktualizacji, dostępu do kopii oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzoru.
4. Prawo do ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu i usunięcia danych nie dotyczą danych zawartych w dokumentacji medycznej.
5. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych POLMED S.A. jest możliwy za pośrednictwem adresu mailowego daneosobowe@polmed.pl
6. Szczegółowe informacje znajdują się w placówkach POLMED oraz na stronie [www.polmed.pl](http://www.polmed.pl).
7. Jeżeli chcą Państwo otrzymać pełny tekst obowiązku informacyjnego w formie wydruku prosimy o kontakt z recepcją Placówki.

.....  
(data i podpis Pacjenta)