

Szkoła Rodzenia DzieciOK

Ul. Katowicka 67b/104

61-131 Poznań

info@dzieciok.pl

Tel.: 600912769

NIP: 497-001-30-92

Umowa NFZ: 150009598/0113/0059/0/13/15

Poznań, dnia.....

WNIOSEK/UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisany/a

PESEL

Zamieszkały/a

Legitymujący/a się dowodem osobistym

Upoważniam, do udostępnienia kopii dokumentacji medycznej

Wskazanej przeze mnie osobie upoważnionej:

Imię i Nazwisko osoby upoważnionej

Adres zamieszkania, numer telefonu

.....

Numer i typ dokumentu tożsamości

Upoważnienie jest ważne (właściwie podkreślić):

- jednorazowo, w dniu

- na czas nieokreślony

.....

Podpis pacjenta/tki

Do uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

Wskazanej przeze mnie osobie upoważnionej:

Imię i Nazwisko osoby upoważnionej

Adres Zamieszkania i numer telefonu

.....

Numer i typ dokumentu tożsamości

Upoważnienie jest ważne (właściwie podkreślić):

- jednorazowo, w dniu

- na czas nieokreślony

.....

Podpis pacjenta/tki

Szkoła Rodzenia DzieciOK

Ul. Katowicka 67b/104

61-131 Poznań

info@dzieciok.pl

Tel.: 600912769

NIP: 497-001-30-92

Umowa NFZ: 150009598/0113/0059/0/13/15

Poznań, dnia.....

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Nazwisko i Imię

PESEL

Nr. Telefonu Adres e-mail

Zgodnie z art. 23 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie w/w danych osobowych przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Poznaniu przy ul. Katowickiej 67b/104 w celu komunikacji z osobami korzystającymi z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dot. planowanych wizyt, jak również informacji medycznej o działalności Szkoły Rodzenia DzieciOK.

Jednocześnie oświadczam, że zgodnie z art. 24 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, ze zm.) zostałem poinformowany/a o tym, że dane zbierane są przez NZOZ z siedzibą w Poznaniu przy ul. Katowickiej 67b/104, o celu zbierania danych, dobrowolności ich podania, prawie wglądu do tych danych i wnoszenia poprawek oraz o tym, że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

.....
Podpis pacjenta/tki**Informacja dla pacjentów!**

Zgodnie z §8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252 poz. 1697) w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej zamieszcza się lub dołącza do niej:

1. Oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia.

2. Oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji medycznej ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej lub oświadczenie o braku takiego upoważnienia. Złożone przez Państwa oświadczenia zostaną załączone do Państwa dokumentacji medycznej.

Podstawa prawna:

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21.12. 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2010 r. Nr 252, poz. 1697).
2. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta. (Dz. U. 2009 nr 52, poz. 417 z późn. zm.)