

ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁASKARZEWIE

ul. Duży Rynek 32 08-450 Łaskarzew

Oświadczenie pacjenta

Ja, niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

niniejszym oświadczam, że nie upoważniam żadnej osoby do:

1. Odbioru mojej dokumentacji medycznej, w tym historii choroby i wyników badań.
2. Odbioru recept wystawionych na moje nazwisko.
3. Uzyskiwania jakichkolwiek informacji dotyczących mojego stanu zdrowia.

Oświadczenie jest ważne od dnia jego podpisania i obowiązuje do odwołania w formie pisemnej.

Miejscowość:

Data:

Podpis pacjenta:

Klauzula informacyjna (RODO):

Dane osobowe zawarte w niniejszym upoważnieniu są przetwarzane przez Zakład Opieki Zdrowotnej w Łaskarzewie, z siedzibą przy ul. Duży Rynek 32, wyłącznie w celu realizacji niniejszego upoważnienia, zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych (RODO) oraz ustawą z dnia 6

listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.