OŚWIADCZENIE PACJENTA

DANE PACJENTA:

Imię i nazwisko: …… Data urodzenia: ……

PESEL: …… Nr telefonu: ……

Adres zamieszkania: ……

adres e-mail: ……

UPOWAŻNIENIA:

1. <u>Zgoda na udzielenie informacji o stanie zdrowia</u> |

☐ Wyrażam zgodę na udzielenie informacji o stanie mojego zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu:

Panu/Pani ……(imię i nazwisko) ……(PESEL albo data urodzenia)

☐ Nie wyrażam zgody na udzielenie informacji w powyższym zakresie innym osobom.

2. <u>Upoważnienie do uzyskania dostępu do dokumentacji medycznej</u>|

☐ Upoważniam do uzyskania dostępu do mojej dokumentacji medycznej:

Pana/Panią ……(imię i nazwisko) ……(PESEL albo data urodzenia)

☐ Nie upoważniam nikogo do dostępu do mojej dokumentacji medycznej.

3. <u>Upoważnienie do odbioru wyników badań</u> |

☐ Upoważniam do odbioru wyników moich badań:

Pana/Panią …… (imię i nazwisko) …… (PESEL albo data urodzenia)

☐ Nie upoważniam nikogo do odbioru wyników badań.

PORTAL PACJENTA, MARKETING I PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH:

Zwracając się o objęcie mnie świadczeniami zdrowotnymi w Centrum Medycznym Royal Clinic przyjmuję do wiadomości, iż zostanie utworzone mi konto pacjenta , służące do umawiania konsultacji lekarskich, odbioru wyników badań, odbierania kodów do e-recept, jak również zaleceń po wizycie.

Przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę na otrzymywanie, na podany adres e-mail lub za pośrednictwem telefonu (w drodze wiadomości sms lub telefonicznych połączeń przychodzących) informacji przypominających o terminie umówionej wizyty lekarskiej oraz informacji dotyczących udzielanych świadczeń zdrowotnych, jak również wiadomości sms z informacją o kodzie do E-recepty wystawionej na wizycie lekarskiej.

_____

ROYAL CLINIC

BĄDŹ NA BIEŻĄCO Z OFERTĄ DODATKOWYCH USŁUG I PROMOCJI

Profilaktyka to najlepsza forma leczenia, dlatego też warto wiedzieć jakie możliwości i nowe zabiegi pojawiają się w Royal Clinic. Chcesz być na bieżąco? Daj nam znać, czy chcesz otrzymywać informacje o ofertach.

Zgody marketingowe

☐ **Wyrażam zgodę** ☐ **Nie wyrażam zgody** na otrzymywanie drogą elektroniczną informacji marketingowych o produktach i usługach Centrum Medycznego Royal, w tym otrzymywanie newslettera z tymi informacjami, na wskazany przez mnie adres e-mail.

☐ **Wyrażam zgodę** ☐ **Nie wyrażam zgody** na przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych przez Centrum Medyczne Royal do celów: przekazywania informacji marketingowych.

☐ **Mam świadomość, że wyrażenie powyższych zgód jest dobrowolne i może być przeze mnie cofnięte w każdej chwili bez podawania przyczyny.**

☐ **Oświadczam, że podano mi wszystkie informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych wymagane przepisami RODO (w recepcji udostępniono mi klauzulę informacyjną) oraz przyjmuję do wiadomości, że treść tych informacji jest dostępna na stronie internetowej Centrum Medycznego Royal: www.royal-clinic.pl.**

data i podpis pacjenta: .....

Potwierdzam zgodność podanych przez pacjenta danych z okazanym dokumentem tożsamości.

.....

data i podpis osoby przyjmującej oświadczenie pacjenta