SZTENC · GABINETY SPECJALISTYCZNE
Gabinet Lekarski dr n. med. Sławomir Sztenc · ul. Tadeusza Kościuszki 4, 89-200 Szubin · tel. 52 384 81 88 · gabinet@sztenc.pl

Upoważnienie do informacji o stanie zdrowia

Oświadczenie pacjentki o wyrażeniu zgody na udzielanie informacji o jej stanie zdrowia wskazanym osobom

Podstawa prawna: art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta; § 8 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

1. Dane pacjentki

Imię i nazwisko pacjentki

Data urodzenia

PESEL (a w przypadku jego braku – rodzaj i numer dokumentu tożsamości)

Telefon kontaktowy

2. Oświadczenie (zaznacz jedną odpowiedź)

☐ **Wyrażam zgodę** na udzielanie informacji o moim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych i możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych oraz udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych niżej wymienionym osobom:

Lp.	Imię i nazwisko osoby upoważnionej	Telefon	Inne dane kontaktowe (e-mail lub adres)	Relacja (opcjonalnie)
1				
2				
3				

☐ **Nie wyrażam zgody** na udzielanie informacji o moim stanie zdrowia żadnej osobie.

3. Zakres zgody

☐ pełny zakres informacji

☐ wyłącznie (np. tylko informacja o terminie wizyty lub o gotowości wyników):

4. Ważne informacje

- Przed udzieleniem informacji, zwłaszcza telefonicznie, Gabinet może poprosić o potwierdzenie tożsamości osoby upoważnionej.
- Zgodę można w każdej chwili zmienić lub odwołać, składając nowe oświadczenie w Gabinecie. Nowe oświadczenie zastępuje wcześniejsze.
- Ta zgoda nie daje dostępu do dokumentacji medycznej (np. kopii wyników) – do tego służy formularz „Upoważnienie do dostępu do dokumentacji medycznej".

☐ Potwierdzam, że zostałam poinformowana o możliwości złożenia tego oświadczenia także przez Internetowe Konto Pacjenta (pacjent.gov.pl).

Miejscowość i data

Czytelny podpis pacjentki

Jeżeli pacjentka jest małoletnia lub ubezwłasnowolniona całkowicie, oświadczenie składa jej przedstawiciel ustawowy:

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego

Podpis przedstawiciela ustawowego

Wypełnia Gabinet

Data przyjęcia oświadczenia

Imię, nazwisko i podpis pracownika

Administratorem danych osobowych jest Sławomir Sztenc, prowadzący działalność pod firmą Gabinet Lekarski dr n. med. Sławomir Sztenc, ul. Tadeusza Kościuszki 4, 89-200 Szubin. Dane z formularza przetwarzamy w celu realizacji praw pacjenta i prowadzenia dokumentacji medycznej (art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 ust. 2 lit. h RODO). Pełna klauzula informacyjna: sztenc.pl/rodo oraz w rejestracji.