



**OŚWIADCZENIA PACJENTA PRZEBYWAJĄCEGO
W OŚRODKU REHABILITACYJNO LECZNICZYM
„SOSNOWA ALEJA”**

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
Adres zamieszkania

.....
Data i miejsce urodzenia

.....
PESEL

1.

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że upoważniam Panią/a
zamieszkałą/ego
nr telefonu kontaktowego.....PESEL.....
do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i o udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych,
w tym o rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych,
dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz
rokowaniu.*

Nie wyrażam zgody i nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia
i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych.*

.....
data i podpis pacjenta

2.

Upoważniam Panią/a
zamieszkałą/ego.....
nr telefonu kontaktowego.....PESEL.....

do uzyskiwania dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.

Upoważnienie to dotyczy wglądu do mojej dokumentacji medycznej również w przypadku mojej śmierci.*

Nie wyrażam zgody i nie upoważniam nikogo do uzyskiwania dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby za wyjątkiem mojej śmierci.*

W takiej sytuacji osobą upoważnioną jest Pan/i
zamieszkała/y
nr telefonu kontaktowego.....PESEL.....

.....
data i podpis pacjenta

3. Oświadczam, że zostałam/em poinformowany o tym, że:

- administratorem moich danych osobowych jest Ośrodek Rehabilitacyjno Opiekuńczy „Sosnowa Aleja” sp. z o.o., z siedzibą Wardzyn 97, 95-006 Brójce
- dane są zbierane i przetwarzane przez Ośrodek w celu ochrony stanu zdrowia oraz świadczenia usług medycznych.
- jestem zobowiązany do podania swoich danych w celu prowadzenia dokumentacji oraz mam prawo dostępu do ich treści oraz żądania ich poprawienia.
- mam prawo złożenia w depozycie Ośrodka rzeczy wartościowych, poinformowano mnie, że Ośrodek nie odpowiada za rzeczy wartościowe nie złożone do depozytu.
- na okres pobytu w Ośrodku wyrażam zgodę na zmianę lekarza POZ wskazanego przez placówkę.

.....
data i podpis pacjenta

4. Zostałam/em zapoznana/y z Regulaminem Ośrodka Rehabilitacyjno Leczniczego „Sosnowa Aleja” i akceptuję jego warunki.

.....
data i podpis pacjenta

*- niepotrzebne skreślić