

Nazwisko i imię pacjenta:

nr PESEL*:

SZPITAL POWIATOWY
im. Alfreda Sokolowskiego Złotów
77-400 ZłOTÓW, ul. Szpitalna 28
Pracownia Diagnostyki
Sonograficznej i Endoskopowej

OŚWIADCZENIA PACJENTA

Data

pieczętka komórki

1. **Wyrażam zgodę na pobyt, diagnostykę i leczenie** we wszystkich medycznych komórkach organizacyjnych Szpitala Powiatowego w Złotowie, z wyłączeniem procedur stwarzających podwyższone ryzyko, wymagających odrębnej zgody pisemnej

.....
czytelny podpis przedstawiciela ustawowego,
w przypadku małoletniego

.....
czytelny podpis pacjenta,
w tym małoletniego, który ukończył 16rż

2. **Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych**, w tym danych medycznych dla potrzeb ochrony zdrowia, realizacji świadczeń medycznych i zarządzania udzielaniem usług medycznych przez Szpital Powiatowy w Złotowie. Zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez Szpital Powiatowy w Złotowie – dostępna na stronie internetowej, tablicach informacyjnych, komórkach organizacyjnych .

(Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych, ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawa z 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej ze środków publicznych)

.....
czytelny podpis pacjenta

3. **Wyrażam/nie wyrażam** zgody na umieszczenie moich danych osobowych** na opasce identyfikacyjnej

.....
czytelny podpis pacjenta

4. **Upoważniam osobę bliską do uzyskiwania informacji** o stanie mego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych

.....
Imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....
Adres zamieszkania, nr telefonu

.....
czytelny podpis pacjenta

5. **Upoważniam osobę bliską do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej**

.....
Imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....
Adres zamieszkania, nr telefonu

.....
czytelny podpis pacjenta

* w przypadku braku nr PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

** niepotrzebne skreślić

Nazwisko i imię pacjenta:

6. Nie upoważniam żadnej osoby do uzyskiwania informacji o stanie mego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych

.....
czytelny podpis pacjenta

7. Nie upoważniam żadnej osoby do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej

.....
czytelny podpis pacjenta

8. Przyjmuję do wiadomości, że

- złożone oświadczenie będzie wiążące również w przypadku mojej śmierci
- tajemnica dokumentacji medycznej i zawodów medycznych może być zniesiona również bez mojej zgody, jeśli pozwalają na to przepisy prawa
- w każdym czasie mogę zmienić treść złożonego oświadczenia

.....
czytelny podpis pacjenta

9. Oświadczam, że uzyskałam/em informacje dotyczące:

- możliwości złożenia w depozycie Dyrekcji wartościowych przedmiotów, biżuterii i pieniędzy (za rzeczy wartościowe pozostawione przy pacjencie Szpital nie odpowiada),
- Regulaminu Oddziału, Ustawie o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz miejscu ich dostępu,
- wskazówek zapobiegania upadkom w szpitalu oraz otrzymałem pisemną instrukcję dotyczącą zapobiegania upadkom w domu (jeśli dotyczy)

.....
czytelny podpis pacjenta

10. Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym / opiekunem faktycznym małoletniego / osoby ubezwłasnowolnionej

.....
imię i nazwisko małoletniego / osoby ubezwłasnowolnionej

.....
czytelny podpis przedstawiciela ustawowego / faktycznego

11. Brak możliwości złożenia podpisu przez pacjenta (pacjent nieprzytomny, brak kontaktu, brak możliwości porozumienia się z pacjentem)

.....
data, pieczętka i podpis pracownika