

**OŚWIADCZENIE PACJENTA DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Imię i nazwisko Pacjenta: .....

PESEL: .....

**Jeżeli Pacjentem jest osoba małoletnia lub posiadająca opiekuna prawnego do realizacji usług medycznych prosimy o podanie danych adresowych opiekuna prawnego:**

Imię i nazwisko opiekuna prawnego: ..... Telefon kontaktowy: .....

**UPOWAŻNIAM** następujące osoby do otrzymania informacji o stanie mojego zdrowia / o stanie zdrowia podopiecznego \*\* i udzielanych świadczeniach zdrowotnych w Mazowieckim Centrum Stomatologii <sup>1</sup>:

**UPOWAŻNIAM** następujące osoby do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojego zdrowia / zdrowia podopiecznego \*\* i udzielanych świadczeń zdrowotnych w Mazowieckim Centrum Stomatologii <sup>1</sup>

L.p.	Imię i nazwisko osoby upoważnionej	adres i telefon do kontaktu

**NIE UPOWAŻNIAM** żadnej osoby do otrzymania informacji o stanie mojego zdrowia / o stanie zdrowia podopiecznego \*\* i udzielanych świadczeń zdrowotnych.\*\*\*

**NIE UPOWAŻNIAM** żadnej osoby do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojego zdrowia / zdrowia podopiecznego \*\* i udzielanych świadczeń zdrowotnych.\*\*\*

.....  
podpis pacjenta /opiekuna

**II.**  **WYRAŻAM ZGODĘ** na przetwarzanie danych osobowych moich / mojego podopiecznego \*\* niezbędnych do realizacji usług medycznych w Mazowieckim Centrum Stomatologii <sup>2</sup>

**OŚWIADCZAM**, iż zgłaszając się do Mazowieckiego Centrum Stomatologii **NIE JESTEM HOSPITALIZOWANY / MÓJ PODOPIECZNY NIE JEST HOSPITALIZOWANY** \*\* w ramach gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (NFZ), oraz nie przebywam / nie przebywa \*\* obecnie na przepustce. Jednocześnie zobowiązuję się do poinformowania lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych, o ewentualnych zmianach.

**UWAGA !**

\* – dane niezbędne w celu realizacji usług medycznych

\*\* – niepotrzebne skreślić

\*\*\* - zaznaczyć w przypadku braku upoważnienia.

.....  
Data i czytelny podpis Pacjenta /opiekuna

1 . Ustawa z dnia 06 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159 z późn. zm.)  
Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2010. 252, poz. 1697 z późn. zm.)

2. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.)