

**ZGODA NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
ORAZ PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**



Pieczętka jednostki organizacyjnej

Imię i nazwisko pacjenta.....PESEL.....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego.....

**Oświadczam, że wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\*** na podjęcie świadczeń zdrowotnych oraz podjęcie procedur profilaktycznych, diagnostycznych i procesu terapeutycznego **w Poradni leczenia bólu**, a w konsekwencji również na przetwarzanie danych osobowych w zakresie niezbędnych do realizacji świadczeń zdrowotnych i weryfikacji prawa do świadczeń finansowanych ze środków publicznych na podstawie złożonych przeze mnie dokumentów (zgodnie z art. 13 Rozporządzenia PE i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r.)

**Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a o obowiązku podania moich danych osobowych w związku z udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi.**

.....  
data, .....  
czytelny podpis pacjenta/ opiekuna prawnego lub jego przedstawiciela ustawowego

**Oświadczam, że zostałem poinformowany o przysługujących mi prawach pacjenta.**

.....  
data, .....  
czytelny podpis pacjenta/ opiekuna prawnego lub jego przedstawiciela ustawowego

**Niniejszym upoważniam następujące osoby / nie upoważniam nikogo do:\***

|                                        |                                |
|----------------------------------------|--------------------------------|
| Uzyskania dokumentacji medycznej:      | Imię nazwisko, adres, nr. tel. |
| Uzyskania informacji o stanie zdrowia: | Imię nazwisko, adres, nr. tel. |

.....  
data, .....  
czytelny podpis pacjenta/ opiekuna prawnego lub jego przedstawiciela ustawowego

**Osoby bliskie, którym sprzeciwiam się na udostępnianie mojej dokumentacji medycznej po mojej śmierci:\*\***

|               |
|---------------|
| Imię nazwisko |
|---------------|

.....  
data, .....  
czytelny podpis pacjenta/ opiekuna prawnego lub jego przedstawiciela ustawowego

**Za pieniądze i przedmioty wartościowe nie złożone w depozycie, placówka CAG nie odpowiada.**

.....  
data, .....  
czytelny podpis pacjenta/ opiekuna prawnego lub jego przedstawiciela ustawowego

\*zaznaczyć właściwe

\*\*uzupełnić w razie potrzeby