CENTRUM ZDROWIA
w Opolu Sp. z o.o.

QD-65

Upoważniam/nie upoważniam* Panią/Pana

……

……...
(imię i nazwisko, pesel lub data urodzenia lub adres lub dokument tożsamości)

do uzyskiwania informacji na temat mojego stanu zdrowia i do wglądu w moją dokumentację medyczną wraz z uzyskiwaniem jej kopii.
niepotrzebne skreślić*

……..(czytelny podpis, data)

Wyrażam zgodę na udzielenie mi świadczeń zdrowotnych w Poradni …….

w pełnym zakresie oraz na przetwarzanie moich danych osobowych

…….(czytelny podpis, data)

Podstawa prawna:

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 09.11.2015r. poz. 2069 z póź. zmianami, w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;
- 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) .