



SALUS + Sp. z o.o.
NZOZ SALUS +
NZOZ SALUS + ŚREM
Hospicjum Stacjonarne
ul. Chełmońskiego 1, 63-100 Śrem
NIP: 6182180665, REGON: 38250051900013
Nr ks. rej. W-30 207208-01-004

UWAGA! DWIE STRONY!

.....
Imię i nazwisko Pacjenta

.....
PESEL

UPOWAŻNIENIE DO DOSTĘPU DO INFORMACJI O STANIE ZDROWIA PACJENTA*

Ja, niżej podpisany/a upoważniam Pana/Panią
legitymującym/ą się dowodem osobistym o numerze
i nr PESEL do dostępu do informacji o moim stanie zdrowia.

.....
Podpis

UPOWAŻNIENIE DO DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA*

Ja, niżej podpisany/a upoważniam Pana/Panią
legitymującym/ą się dowodem osobistym o numerze
i nr PESEL do dostępu do dokumentacji medycznej, dotyczącej mojego stanu
zdrowia oraz udzielonych mi świadczeń zdrowotnych zarówno za życia jak i po mojej śmierci.

.....
Podpis

*Zgodnie z art. 9 i 23 Ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

OŚWIADCZENIE

OŚWIADCZAM, IŻ JEST MI WIADOME, IŻ ADMINISTRATOREM MOICH DANYCH OSOBOWYCH JEST

SALUS + Sp. z o.o.

NZOZ SALUS +

NZOZ SALUS + ŚREM

Hospicjum Stacjonarne

ul. Chełmońskiego 1, 63-100 Śrem

OSOBA KONTAKTOWĄ JEST KATARZYNA PACZESNA NR TEL. 794 100 945, DOSTĘPNY POD ADRESEM EMAI:
BIURO@SALUS.KALISZ.PL

Oświadczam, iż jest mi wiadome, że moje dane osobowe są przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z 27 kwietnia 2016 roku dalej RODO w celu świadczenia usług medycznych. Zostałem poinformowany, iż administrator nie udostępnia danych ani nie przekazuje danych do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej oraz że dane będą przechowywane w czasie niezbędnym do zrealizowania celu. Zostałem poinformowany, że przysługuje mi prawo dostępu do swoich danych, ich poprawiania, sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przeniesienia oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego. Nie wyrażam zgody na to, by moje dane podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu. Oświadczam, iż jest mi wiadome, że podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji wskazanego celu.

Data.....

Podpis pacjenta/opiekuna prawnego.....

Podpis osoby przyjmującej oświadczenie.....

.....
Imię i nazwisko Pacjenta

.....
PESEL

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż zapoznałem/am się z Regulaminem Hospicjum Stacjonarnego NZOZ SALUS+ ŚREM

.....
Podpis pacjenta

Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a o prawach pacjenta i zapoznałem/am się z Kartą Praw Pacjenta .

.....
Podpis pacjenta

Oświadczam, że w trakcie pobytu w Hospicjum Stacjonarnym NZOZ SALUS+ ŚREM, ani ja, ani nikt inny z mojej rodziny nie zgłosił się (w moim imieniu) do lekarza POZ w celu uzyskania świadczeń medycznych.

.....
Podpis pacjenta