

Imię i nazwisko Pacjenta .....  
Adres zamieszkania .....  
PESEL .....  
Telefon kontaktowy .....

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZEPROWADZENIE BADANIA/  
UDZIELENIE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO ORAZ  
ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Wyrażam zgodę na /przeprowadzenie badania/ udzielenie świadczenia zdrowotnego/\* (porady, sesje) przez

Tarnogórski Ośrodek Terapii Uzależnień, Profilaktyki i Pomocy Psychologicznej – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej,

oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych świadczeniodawcy i płatnika.

.....  
Data i podpis Pacjenta

(\* Uwaga - niepotrzebne skreślić)

Zgodnie z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 nr 52 poz. 417 z póź.zm.) i Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 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), Ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018, poz. 1000 z późn. zm).

**UPOWAŻNIENIE OSOBY BLISKIEJ DO UZYSKIWANIA INFORMACJI O STANIE  
ZDROWIA I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH  
ORAZ DO UZYSKIWANIA DOKUMENTACJI**

- Oświadczam, iż /do otrzymywania informacji na temat stanu mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych/ oraz /do uzyskiwania dokumentacji medycznej (także w przypadku mojej śmierci)/\*upoważniam następującą osobę:

Imię i nazwisko .....  
Adres zamieszkania .....  
.....  
Telefon kontaktowy .....  
Stopień pokrewieństwa .....

Imię i nazwisko .....  
Adres zamieszkania .....  
.....  
Telefon kontaktowy .....  
Stopień pokrewieństwa .....

- Oświadczam, iż nie udzielam upoważnienia /do przekazywania komukolwiek informacji o stanie mojego zdrowia i o udzielonych świadczeniach zdrowotnych (z wyłączeniem upoważnień ustawowych)/ oraz /do odbioru mojej dokumentacji medycznej/\*.

.....  
Data i podpis Pacjenta

(\* Uwaga - niepotrzebne skreślić)

Zgodnie z Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2020 poz. 666).

1. Imię i nazwisko.....
  - a) Nazwisko rodowe.....
  - b) Imiona rodziców.....
2. Data i miejsce urodzenia.....
3. Numer ewidencyjny PESEL.....
4. Miejsce zameldowania.....

### **Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Ja niżej podpisany wyrażam zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO\* wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez Tarnogórski Ośrodek Terapii Uzależnień, Profilaktyki i Pomocy Psychologicznej SP ZOZ z siedzibą w Tarnowskich Górach, ul. Karłuszowiec 11 (jako Administratora Danych Osobowych) w celu komunikacji korzystania z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dot. planowanych wizyt, jak również informacji o medycznej działalności Tarnogórskiego Ośrodka Terapii Uzależnień, Profilaktyki i Pomocy Psychologicznej- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej.

Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki o których mowa w art. 7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie, zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie o warunku możliwości jej rozliczalności. Zostałem również poinformowany o tym, że dane zbierane są przez Tarnogórski Ośrodek Terapii Uzależnień, Profilaktyki i Pomocy Psychologicznej SP ZOZ z siedzibą w Tarnowskich Górach, ul. Karłuszowiec 11 (jako Administratora Danych Osobowych) o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych świadczeniodawcy i płatnika.

.....  
czytelny podpis pacjenta

\*Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 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).