salve

OŚWIADCZENIE PACJENTA - PRZYCHODNIE

1. **Wyrażam/nie wyrażam**** zgody na leczenie i/lub badania diagnostyczne w Salve sp. z o.o. sp. k.

2. Nazwisko i imię ..... PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Adres zamieszkania:.....

tel.* ..... e-mail:* .....

3. Do zasięgania informacji ostanie zdrowia mojego/mojego dziecka** oraz udzielonych świadczeniach medycznych

upoważniam/nie upoważniam* .....
(imię i nazwisko, dane kontaktowe)

Sprzeciwiam/nie sprzeciwiam się** ujawnieniu informacji osobie bliskiej o moim stanie zdrowia po mojej śmierci.

4. Do dostępu do mojej/mojego dziecka** dokumentacji medycznej **upoważniam/nie upoważniam****

.....
(imię i nazwisko, dane kontaktowe)

Sprzeciwiam/nie sprzeciwiam się** udostępnianiu osobie bliskiej mojej dokumentacji medycznej po mojej śmierci.

5. Do odbioru wystawianych dla mnie recept i zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne **upoważniam/ nie upoważniam/mogą być odebrane przez osoby trzecie bez szczegółowego określania tych osób****

.....
(imię i nazwisko, dane kontaktowe)

6. **Wyrażam/nie wyrażam**** zgodę na przetwarzanie przez SALVE sp. z o. o. sp. k. moich danych osobowych podanych w pkt. 1 w celu udzielania świadczeń zdrowotnych (podanie danych wymienionych w art. 25 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta jest obowiązkowe, powyższa zgoda dotyczy pozostałych podanych danych tj. nr telefonu i adresu email)
7. **Wyrażam/nie wyrażam**** zgodę na przetwarzanie przez SALVE sp. z o. o. sp. k. moich danych w rozumieniu RODO w celach marketingowych dotyczących usług oferowanych przez SALVE sp. z o. o. sp. k.:
   ☐ SMS ☐ e-mail
8. **Wyrażam/nie wyrażam**** zgodę na używanie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących dla celów marketingu bezpośredniego, zgodnie z art. 172 ustawy z dnia 16 lipca 2004 r. Prawo telekomunikacyjne (Dz.U. z 2004 r. Nr 171, poz. 1800 ze zm.) w zakresie usług oferowanych przez SALVE sp. z o.o. sp. k.: oraz jej partnerów biznesowych tj. w szczególności SALVE MEDICA sp. z o.o. sp. k., MEDICA sp. z o. o. sp. k.
   ☐ SMS ☐ e-mail
9. **Wyrażam/nie wyrażam**** zgodę na przesyłanie mi przez SALVE sp. z o. o. sp. k. oraz jej partnerów biznesowych tj. w szczególności SALVE MEDICA sp. z o. o. sp. k., MEDICA sp. z o. o. sp. k. informacji handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w rozumieniu ustawy z dnia 18. 07. 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. 2002, Nr 144, poz. 1204 ze zm.)
10. Pełna klauzula informacyjna, dotyczącą przetwarzania danych osobowych pacjenta znajduje się na stronie www.salve.pl i do wglądu w Dziale Obsługi Pacjenta SALVE sp. z o. o. sp. k.
11. SALVE sp. z o. o. sp. k. będzie przetwarzała dane osobowe w celu komunikacji w związku z korzystaniem z usług medycznych, w tym w wysyłanych za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dotyczących planowanych wizyt (SMS lub połączenia telefoniczne przypominające o terminie wizyty), zamówionych informacji, takich jak: plan leczenia, wyniki badań, zdjęcia diagnostyki obrazowej, dodatkowe informacje o leczeniu oraz w celu oferowania: wzięcia udziału w badaniach klinicznych, badaniach naukowych, innych innowacyjnych terapiach leczenia i profilaktyki zdrowotnej.

....
miejscowość , data czytelny podpis pacjenta

Podstawy prawne:
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 nr 52, poz. 417 ze zm.),
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 1997 nr 28, poz. 152 ze zm.),
- 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) Dz.U.UE.L.2016.119.1 (powyżej: RODO)

Legenda:
* Podanie danych nie jest obowiązkowe
** Niewłaściwe skreślić
☐ wstaw znak „X" we właściwym miejscu.

Przedmiotowe oświadczenie jest integralną częścią historii zdrowia i choroby