

Składane obowiązkowo zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania oraz Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

DRUKOWANYMI LITERAMI

Imię i Nazwisko:

PESEL:

Nr paszportu: (dla osób nie posiadających nr PESEL)

Adres zamieszkania:

Nr telefonu:

Kod pocztowy:

Miasto:

1. Oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielanie mi świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny POLMED Diagnostyka.
2. Oświadczam, że upoważniam/nie upoważniam* osobę bliską** do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych. Dane osoby upoważnionej:

Imię: _____ Nazwisko: _____ PESEL: _____

3. Oświadczam, że upoważniam/nie upoważniam* osobę bliską** do uzyskiwania dokumentacji medycznej.

Dane osoby upoważnionej:

Imię: _____ Nazwisko: _____ PESEL: _____

4. Oświadczam, że wyrażam sprzeciw, aby wskazana poniżej osoba blika miała dostęp do mojej dokumentacji medycznej po mojej śmierci.

Imię: _____ Nazwisko: _____ PESEL: _____

* niepotrzebne skreślić

** osobą bliską w rozumieniu przepisów jest: małżonek, krewny do drugiego stopnia (np. córka, wnuk) lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej (np. teściowa), przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta.

Data i podpis pacjenta

Bądźmy w kontakcie!

Dzięki pozostawionej zgodzie na przesyłanie informacji handlowych i marketingowych, możemy wysyłać Państwu informacje o aktualnych promocjach, zniżkach, nowych usługach medycznych i specjalistach, czy poradach w zakresie profilaktyki zdrowotnej.

Szanując Państwa czas, obiecujemy wysyłać wyłącznie wartościowe treści!

Imię: _____ Nazwisko: _____ Telefon: _____ e-mail: _____

W ramach udzielania świadczeń zdrowotnych POLMED Diagnostyka sp. z o.o. działa wraz z innymi spółkami Grupy POLMED.

Aktualny skład POLMED Healthcare Group znajdziesz tu: <https://polmed.pl/o-nas/>.

Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji handlowych od podmiotów z Grupy POLMED drogą elektroniczną m.in. poprzez podany email.

Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji handlowych od podmiotów z Grupy POLMED telefonicznie m.in. poprzez SMS.

Data i podpis pacjenta

Klauzula informacyjna POLMED Diagnostyka

Administratorem Państwa danych osobowych (zgodnie z przepisami RODO) jest POLMED Diagnostyka sp. z o.o. z siedzibą w Al. Grunwaldzka 82 lok. 3/352, 80-244 Gdańsk. W ramach udzielania świadczeń zdrowotnych POLMED Diagnostyka sp. z o.o. działa wraz z innymi spółkami Grupy POLMED. Aktualny skład POLMED Healthcare Group znajdziesz tu: <https://polmed.pl/o-nas/>. Państwa dane osobowe są przetwarzane w celu: a. realizacji usług medycznych (m.in. prowadzenie dokumentacji medycznej, zapewnienie opieki zdrowotnej oraz zarządzanie systemami i usługami opieki zdrowotnej, profilaktyki zdrowotnej medycyny pracy, zapewnienia zabezpieczenia społecznego), b. weryfikacji danych podczas umawiania wizyty, c. kontaktu telefonicznego lub za pośrednictwem e-mail w celu potwierdzenia rezerwacji, odwołania bądź zmiany terminu konsultacji lekarskiej oraz wysyłki informacji o przygotowaniu do badań lub zabiegów. Podanie danych jest niezbędne do świadczenia usług medycznych. W przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych w celach marketingowych, Państwa dane będą przetwarzane w celu przekazywania informacji handlowych i marketingowych dotyczących usług świadczonych przez POLMED Diagnostyka sp. z o.o., podmioty grupy POLMED oraz jego podwykonawców w zakresie świadczenia usług marketingowych. Zgodę tę możecie Państwo w każdej chwili wycofać. Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany oraz nie będą podlegały profilowaniu. W każdym momencie przysługuje Państwu m.in. prawo dostępu do danych, ich sprostowania, aktualizacji, dostępu do kopii, a w przypadku wątpliwości – prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Danych Osobowych. Prawo do ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu i usunięcia danych nie dotyczą danych zawartych w dokumentacji medycznej. Nad Państwa danymi czuwa w POLMED Diagnostyka Inspektor Ochrony Danych. Można się z nim skontaktować za pośrednictwem adresu mailowego daneosobowe@polmed.pl. Szczegółowe informacje i pełna treść Obowiązku Informacyjnego POLMED Diagnostyka sp. z o.o. znajduje się na stronie www.polmeddiagnostyka.pl oraz w Pracowniach Diagnostycznych.

Oświadczam, że zapoznałem się z Klauzulą informacyjną.

Przyjmuję do wiadomości, że w związku ze współpracą podmiotów w ramach Grupy POLMED, moja dokumentacja medyczna będzie udostępniana podmiotom w ramach Grupy POLMED w zakresie, w jakim jest to niezbędne do celu zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych.

Wyrażam też zgodę, aby moja dokumentacja medyczna była dostępna dla wszystkich podmiotów leczniczych z Grupy POLMED w zakresie, w jakim jest to pomocne do zaoferowania mi pełnego zakresu świadczeń zdrowotnych Grupy POLMED, w tym celu podmioty z Grupy POLMED mogą kontaktować się ze mną drogą elektroniczną (na wskazany wyżej adres e-mail) lub telefonicznie (na wskazany wyżej numer telefonu).