

Oświadczenie pacjenta

Imię i Nazwisko.....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres

zamieszkania.....

.....
Endoterapia PFG Sp. z o.o. Al. Niepodległości 18, 02-653 Warszawa oraz **Polska Fundacja Gastroenterologii** ul. Waryńskiego 10A 00-631 Warszawa jako administrator danych informuje, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane tylko w celach świadczenia usług medycznych i leczenia pacjenta. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych osobowych i ich poprawiania. Podanie danych jest obowiązkowe i wynika z ustaw szczególnych.

Informujemy, że dostęp do danych osobowych Pacjentów Programu Badań Przesiewowych ma również Koordynator Programu Centrum Onkologii-Instytut ul. Roentgena 5,02-781 Warszawa co jest niezbędne dla organizacji i merytorycznego nadzoru nad programem.

Na podstawie ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta (Dz. U.2016.186) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 09 listopada 2015 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015 poz. 2069).

Oświadczam, że:

1. **Upoważniam / nie upoważniam nikogo***

.....
.....
imię i nazwisko, PESEL

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.

* właściwe zaznaczyć

2. **Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz przeprowadzenie wszelkich zleconych oraz uzasadnionych medycznie badań i udzielenie innych świadczeń zdrowotnych na rzecz mojej osoby**.**

** Zostałem/am pouczony, o:

- prawie do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania,. Wynikach leczenia oraz rokowaniu;

- prawie odwołania zgody na przeprowadzenie badań i udzielanie innych świadczeń zdrowotnych.

W razie braku zgody, wykonanie badania lub udzielenie świadczenia zdrowotnego będzie dopuszczalne w sytuacji konieczności udzielenia niezwłocznej pomocy lekarskiej.

3. **Zgadzam się na otrzymywanie korespondencji drogą elektroniczną na adres mailowy:**

ADRES E-MAIL:

.....
Informujemy, że wyniki badań histopatologicznych będą wysłane na ww. adres email tylko po wcześniejszym uzgodnieniu z rejestracją.

.....
Data i podpis pacjenta lub/i jego opiekuna prawnego

Oświadczenie pacjenta

Imię i Nazwisko.....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres

zamieszkania.....

.....
Endoterapia PFG Sp. z o.o. Al. Niepodległości 18, 02-653 Warszawa oraz **Polska Fundacja Gastroenterologii** ul. Waryńskiego 10A 00-631 Warszawa jako administrator danych informuje, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane tylko w celach świadczenia usług medycznych i leczenia pacjenta. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych osobowych i ich poprawiania. Podanie danych jest obowiązkowe i wynika z ustaw szczególnych.

Informujemy, że dostęp do danych osobowych Pacjentów Programu Badań Przesiewowych ma również Koordynator Programu Centrum Onkologii-Instytut ul. Roentgena 5,02-781 Warszawa co jest niezbędne dla organizacji i merytorycznego nadzoru nad programem.

Na podstawie ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta (Dz. U.2016.186) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 09 listopada 2015 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015 poz. 2069).

Oświadczam, że:

1. **Upoważniam / nie upoważniam nikogo***

.....
.....
imię i nazwisko, PESEL

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.

* właściwe zaznaczyć

2. **Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz przeprowadzenie wszelkich zleconych oraz uzasadnionych medycznie badań i udzielenie innych świadczeń zdrowotnych na rzecz mojej osoby**.**

** Zostałem/am pouczony, o:

- prawie do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania,. Wynikach leczenia oraz rokowaniu;

- prawie odwołania zgody na przeprowadzenie badań i udzielanie innych świadczeń zdrowotnych.

W razie braku zgody, wykonanie badania lub udzielenie świadczenia zdrowotnego będzie dopuszczalne w sytuacji konieczności udzielenia niezwłocznej pomocy lekarskiej.

3. **Zgadzam się na otrzymywanie korespondencji drogą elektroniczną na adres mailowy:**

ADRES E-MAIL:

.....
Informujemy, że wyniki badań histopatologicznych będą wysłane na ww. adres email tylko po wcześniejszym uzgodnieniu z rejestracją.

.....
Data i podpis pacjenta lub/i jego opiekuna prawnego