

Kraków, dn. \_\_\_\_\_

## ZGODA NA LECZENIE ORAZ UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko opiekuna prawnego: \_\_\_\_\_

Oświadczam, że do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia mojego dziecka oraz do wglądu do dokumentacji medycznej oraz uzyskiwania oryginałów, odpisów, wypisów i kopii tej dokumentacji gromadzonej i przechowywanej w Centrum Medyczno-Diagnostycznym Prima-Med w Krakowie, **nie upoważniam nikogo / upoważniam**<sup>1</sup>:

Imię i nazwisko osoby upoważnionej:  
(adres, numer telefonu ew. stopień pokrewieństwa)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Znam przysługujące mnie oraz mojemu dziecku prawa pacjenta wynikające z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 r. Nr 52 poz. 417 z późn. zm.) i wyrażam zgodę na leczenie w tutejszej poradni. Zgoda obejmuje wykonanie wszystkich zabiegów zaleconych i uzgodnionych z lekarzem prowadzącym lub innymi lekarzami poradni<sup>2</sup>. Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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) w zakresie niezbędnym do udzielania świadczeń medycznych.

\_\_\_\_\_  
*Podpis małoletniego (powyżej 16. roku życia)*

\_\_\_\_\_  
*Podpis opiekuna prawnego*

<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić.

<sup>2</sup> Zgoda nie obejmuje wykonywania zabiegów operacyjnych lub zastosowania metod leczniczych lub diagnostycznych, które mogłyby narazić pacjenta na niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, albo stwarzałyby choćby podwyższone ryzyko dla zdrowia pacjenta. <sup>2</sup> Niepotrzebne skreślić.

<sup>2</sup> Administratorem danych jest: Centrum Medyczno-Diagnostyczne, mające siedzibę w Krakowie przy ul. Cieszyńskiej 16. Wyrażenie zgody jest dobrowolne, niemniej niezbędne do udzielenia świadczeń medycznych. Pacjentowi przysługuje prawo wglądu oraz żądania zmiany lub usunięcia przetwarzanych, przez Administratora danych.

<sup>4</sup> Klauzula informacyjna znajduje się na naszej stronie internetowej [www.primamed.info](http://www.primamed.info) oraz w gablocie w placówce.