

**UPOWAŻNIENIE**

Ja niżej podpisany(a) w imieniu własnym (ukończone 16 lat) lub/ oraz jako opiekun prawny

- Upoważniam**.....  
(imię i nazwisko, adres, numer telefonu)- do uzyskiwania informacji o moim/ mojego dziecka **stanie zdrowia i udzielonych mi/ mu świadczeniach zdrowotnych.**
- Upoważniam** .....  
(imię i nazwisko, adres, numer telefonu)- do uzyskania **dokumentacji medycznej mojej/ mojego dziecka**
- Nie udzielam nikomu upoważnienia** do uzyskiwania informacji na temat stanu zdrowia mojej/ mojego dziecka i .udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych.
- Nie udzielam nikomu upoważnienia** do uzyskiwania dokumentacji medycznej mojej/ mojego dziecka.

**FORMULARZ ZGODY WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI OBYDWIE KOLUMNY**

	Opiekun prawny	Pacjent do lat 18
Nazwisko		
Imię		
PESEL		
Adres zamieszkania		
Nr telefonu		Wyp. +16 lat

Ja niżej podpisany(a) w imieniu własnym lub/ oraz jako opiekun prawny

- Zostałem(am) poinformowany(a) o przysługujących prawach pacjenta.
- Wyrażam zgodę na proponowany sposób leczenia i zabiegi, jednocześnie oświadczam, iż drugi opiekun prawny .....również wyraża zgodę na proponowany sposób leczenia i zabiegi.  
(imię i nazwisko)
- Wyrażam zgodę albo zezwolenie sądu opiekuńczego na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dn. 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zwanej dalej „umową”.
- Wyrażam zgodę na udzielanie świadczeń za pomocą środków teleinformatycznych.
- Wyrażam zgodę 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 Gabinety Lekarskie Medicor w celu korzystania z usług medycznych, w celach wynikających z art. 188 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004r. (Dz. U. Nr 210 poz. 2135 z późn. zm.), oraz na otrzymywanie za pośrednictwem:

- telefonii komórkowej informacji dot. planowanych wizyt

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 Gabinety Lekarskie MEDICOR, o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym nieupoważnionym podmiotom.

.....  
(poz.1-5) czytelny podpis **opiekuna prawnego**

.....  
(poz.1-5) czytelny podpis **pacjenta (+16 lat)**

Ja niżej podpisany(a) w imieniu własnym lub/ oraz jako opiekun prawny:

- Wyrażam zgodę** na współpracę między Gabinetami Lekarskimi MEDICOR a

szkołą .....  
(wpisać nazwę szkoły oraz adres)

z zakresu opieki psychologicznej/psychoterapeutycznej udzielanej w ramach Ośrodka Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży.

- Nie wyrażam zgody** na współpracę między Gabinetami Lekarskimi MEDICOR a szkołą do której uczęszcza pacjent z zakresu opieki psychologicznej/psychoterapeutycznej udzielanej w ramach Ośrodka Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży.

.....  
(poz.1-4) czytelny podpis **opiekuna prawnego**

.....  
(poz.1-4) czytelny podpis **pacjenta (+16 lat)**

\*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).