SCANMED S.A.
ul. Stefana Okrzei 1A, 03-715 Warszawa
NIP: 675-12-09-442, REGON: 351618159
GASTROMED Zakład Opieki Zdrowotnej
ul. Onyksowa 10, 20-582 Lublin
tel.814758800,814643138,815347090
Fax 814643174

GASTROMED
GRUPA SCANMED

# OŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Adres do korespondencji: .....

.....

Nr PESEL: .....

Niniejszym oświadczam, że:

1) Do otrzymywania informacji o stanie zdrowia oraz udzielonych mi świadczeń zdrowotnych upoważniam/nie upoważniam:* (imię i nazwisko osoby upoważnionej, PESEL):

.....

.....

.....

.....

2) Do uzyskania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci upoważniam/nie upoważniam* (imię i nazwisko osoby upoważnionej, PESEL):

.....

.....

3) Wyrażam zgodę na świadczenia zdrowotne. W przypadku niemożliwości odebrania takiego świadczenia od pacjenta, dołączam jako opiekun prawny zezwolenie sądu opiekuńczego.*

Niniejszym oświadczam, że wykonywane wyniki histopatologiczne:

☐ odbiorę osobiście

☐ do odbioru upoważniam osobę:

.....

.....

.....

☐ proszę wysłać mailem na adres: .....

☐ oryginały wysłać kurierem na adres (koszt 40 zł):

.....

.....

Udostępnione dane osobowe są przetwarzane przez Scanmed S.A. dla celów związanych z udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi. Administratorem udostępnionych danych osobowych jest Scanmed S.A.
Oświadczam, że zapoznałem/am się z informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych.

Data: .....

Podpis pacjenta: .....

Podpis opiekuna: .....

Podpis przyjmującego oświadczenie: .....

*zbędne skreślić

zgodnie z wymogami Roz. Min. Zdr. z dnia 17.09.2004 r. (Dz. U. Nr 219 poz. 2230 z 2004 r.) ust. 7