

# PRZYCHODNIA- BUKOWE REGINA OSIECKA

ul. Seledynowa 99; 70-781 Szczecin

tel. 091 4631 797 / 091 506 52 55 fax 091 4631 797

www.przychodnia-bukowe.pl



## UPOWAŻNIENIE DO DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 09.11.2015r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015, poz. 2069)

Szczecin, \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_\_ r.

Ja, niżej podpisany

Zamieszkały

Pesel

Telefon

Upoważniam do uzyskania dostępu do dotyczącej mnie dokumentacji medycznej zgromadzonej przez Przychodnia-Bukowe w Szczecinie przy ul. Seledynowej 99.

Upoważnienie obejmuje prawo do wglądu, uzyskania kopii, wyciągów lub odpisów:

Całości dokumentacji i informacji medycznych dotyczących mojej osoby, wraz z prawem do odbioru w moim imieniu recept i skierowań.

Tylko określonego rodzaju dokumentacji medycznej

Tylko wyniku mojego badania diagnostycznego

Imię i nazwisko osoby upoważnionej

Zamieszkały

Pesel

Telefon

Data \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_\_ r.

Podpis pacjenta / rodzica / opiekuna \* \_\_\_\_\_

\* (właściwe zakreślić i uzupełnić)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych **Przychodnia-Bukowe z siedzibą w Szczecinie przy ul. Seledynowej 99**, NIP-955 142 79 34, REGON- 810974583(zwany dalej Administratorem), reprezentowany przez Reginę Osiecką – Kierownika Przychodni, w celu **świadczenia usług medycznych** - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie Art. 9 ust.1 lit. h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

Data \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_\_ r.

Podpis pacjenta / rodzica / opiekuna \* \_\_\_\_\_