

Oświadczenie

Ja,
(imię i nazwisko Pacjenta)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Sanatoria Dolnośląskie sp. z o. o. w zakresie niezbędnym dla potrzeb związanych z procesem kwalifikacji Pacjenta do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego.

Upoważniam do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych następujące osoby:

1. Imię i nazwisko:.....
adres:
tel.

2. Imię i nazwisko:.....
adres:
tel.

Upoważniam do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych następujące osoby:

1. Imię i nazwisko:.....
adres:
tel.

2. Imię i nazwisko:.....
adres:
tel.

Nie wyrażam zgody na udostępnienie informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

Nie wyrażam zgody na udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych.

