



**Prawo do uzyskania informacji o stanie zdrowia  
(PROSIMY UZUPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)**

Ja, .....  
imię i nazwisko osoby dorosłej LUB imię i nazwisko dziecka PESEL

Upoważniam/nie upoważniam nikogo/ wskazane osoby do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczenia medycznych

1.....  
(imię, nazwisko, data urodzenia)

2.....  
(imię, nazwisko, data urodzenia)

.....  
(data) (czytelny podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego)

**Zgoda na dostęp do dokumentacji medycznej  
(PROSIMY UZUPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)**

Ja, .....  
imię i nazwisko osoby dorosłej LUB imię i nazwisko dziecka PESEL

Upoważniam /nie upoważniam nikogo/ wskazane osoby do uzyskania dostępu do mojej dokumentacji medycznej

1.....  
(imię, nazwisko, data urodzenia)

2.....  
(imię, nazwisko, data urodzenia)

.....  
(data) (czytelny podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego)

**Uwagi:**

Upoważnienia zgodne z przepisami ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z **dnia 6 listopada 2008 r.** oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

**Informacja o przetwarzaniu danych osobowych i przysłaniu informacji**

Top Medical Sp. z o. o. w Lublinie przetwarza Państwa dane osobowe, w tym: adres elektroniczny w celu świadczenia usług medycznych a także informowania o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych przez TOP-MEDICAL Spółką z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Lublinie, adres: ul. T. Zana 29 lok. XIX, 20-601 Lublin. W szczególności wyrażam zgodę na używanie w tym celu telekomunikacyjnych urządzeń końcowych (np. komputer, telefon, tablet i inne), w tym na otrzymywanie informacji handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej. Zostałem poinformowany o tym, że podanie danych jest dobrowolne.

**PROSZĘ ODWRÓCIĆ STRONĘ !**

Podane przez Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu przetwarzania danych osobowych, jednak nie dłużej niż przewiduje to Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta lub inne powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

Przysługuje Państwu prawo do żądania dostępu do Państwa danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania. Macie także Państwo prawo do przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.

Państwa dane osobowe przetwarzane są zgodnie z RODO tj. Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 oraz zgodnie z ustawą 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

Administratorem danych jest Top Medical Sp. z o. o. ul. T. Zana lok. 29/XIX, 20-601 Lublin. A by skontaktować się z Administratorem Danych prosimy o przesłanie wiadomości na ww. adres, bądź drogą elektroniczną na adres [ado@topmedical.pl](mailto:ado@topmedical.pl).

**Imię i nazwisko:** .....

imię i nazwisko osoby dorosłej LUB imię i nazwisko dziecka

Lublin, dnia .....

.....

(czytelny podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego)