

**Centrum Medyczne ORBIMED**  
**Reamed Spółka z o.o.**  
**Al Niepodległości 98; 43-100 Tychy**

Imię i nazwisko pacjenta (DRUKOWANE LITERY): \_\_\_\_\_

PESEL<sup>±</sup> \_\_\_\_\_

Adres<sup>±</sup>: \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, ul. \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

**W przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody:**

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego<sup>±</sup>: \_\_\_\_\_

PESEL<sup>±</sup> \_\_\_\_\_

Adres<sup>±</sup>: \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, ul. \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Rodzaj przedstawiciela ustawowego<sup>±</sup>: matka/ ojciec/przedstawiciel ustawy na podstawie orzeczenia sądu opiekuńczego (dołączyć orzeczenie sądu)

\* (\*zaznacz właściwe); ± - dane obowiązkowe zgodnie z Rozp. Min. Zdrowia z 9.11.2015r

Zostałem poinformowany/a o celu zbierania danych, dobrowolności ich podania, prawie wglądu do tych danych i wnoszenia poprawek. Klauzula informacyjna dostępna na stronie [www.orbimed.pl](http://www.orbimed.pl) i na tablicy informacyjnej w rejestracji.

**Zgoda na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

Wyrażam zgodę na udzielanie mi świadczeń medycznych przez personel CM Orbimed Reamed Sp. z o. o.

**Upoważnienia**

**Upoważniam** do udzielania informacji o moim stanie zdrowia I udzielanych mi świadczeniach medycznych\*: **TAK / NIE**

**Upoważniam** do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby również w przypadku mojej śmierci\*: **TAK / NIE**

**Upoważniam** do odbioru wyników badań I recept\*: **TAK / NIE**

Imię I nazwisko upoważnionego (DRUKOWANE LITERY) \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, ul. \_\_\_\_\_

Nie upoważniam nikogo do udzielania informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych mi świadczeniach medycznych ani do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby również w przypadku mojej śmierci \* (\*zaznacz właściwe)

**Klauzula sprzeciwu**

Wyrażam sprzeciw wobec wydania mojej dokumentacji medycznej po mojej śmierci osobie bliskiej (podać imię i nazwisko osoby, wobec której wyraża się sprzeciw).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**data i podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego**

**Centrum Medyczne ORBIMED**  
**Reamed Spółka z o.o.**  
**Al Niepodległości 98; 43-100 Tychy**

Podst. Prawna:

- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
- Rozporządzenia 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.
- Rozp. Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1304 z późn. zm.)

### **Informacja o digitalizacji oświadczeń**

1. Zgodnie z Rozp. Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1304 z późn. zm.) Reamed Sp z o.o. dokonuje zmiany postaci niniejszego oświadczenia z postaci papierowej na postać elektroniczną.
2. Digitalizacja następuje przez sporządzenie jej odwzorowania cyfrowego Skan do systemu mMedica.
3. Dokument powstały w wyniku digitalizacji jest równoważny oryginałowi tego dokumentu.
4. Reamed sp. z o.o. informuje składającego oświadczenie, które zostało zdigitalizowana, o:
  - digitalizacji oświadczenia,
  - możliwości odbioru oświadczenia do roku od dnia jego złożenia i przekazania niniejszej informacji.
5. Prawo odbioru oświadczenia w postaci papierowej przysługuje pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta, a po śmierci pacjenta także osobie bliskiej na zasadach określonych w art. 26 ust. 2-2b ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
6. W przypadku nieodebrania niniejszego oświadczenia w postaci papierowej do roku od jego digitalizacji, mimo wypełnienia obowiązku informacyjnego, o którym mowa w ust. 4, Reamed sp z o.o. może ją zniszczyć w sposób uniemożliwiający identyfikację składającego oświadczenie.
7. Przepisy ust. 1-6 stosuje się odpowiednio do deklaracji wyboru, o których mowa w art. 9 i art. 10 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, oraz dokumentów niezbędnych do rozliczenia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz w przepisach wykonawczych wydanych na jej podstawie.