……………………………………

(miejscowość i data)

……………………………..…………….

(imię i nazwisko Pacjenta)

………………………………………..….

(PESEL Pacjenta)

………………………………….……..….

(adres zamieszkania Pacjenta)

**KARTA UPOWAŻNIEŃ I ZGÓD PACJENTA**

Ja niżej podpisany/a ………………………………………..…………………………………………… niniejszym oświadczam, że:

1. wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na zapoznanie się z przesłaną przeze mnie (pocztą, drogą mailową, kurierem\*) dokumentacją medyczną oraz wykonanie przez EXIRA GAMMA KNIFE Sp. z o.o. z siedzibą w Katowicach przy ul. Ceglanej 35 konsultacji medycznej na potrzeby wstępnej kwalifikacji do leczenia radiochirurgicznego Gamma Knife bez mojej obecności.
2. wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na przetwarzanie przez EXIRA GAMMA KNIFE Sp. z o.o. moich danych osobowych na potrzeby wykonania wstępnej kwalifikacji.
3. wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na przekazanie wyniku konsultacji w formie mailowej lub rozmowie telefonicznej.
4. dostarczona przeze mnie dokumentacja jest kopią- nie zawiera oryginalnych dokumentów (w tym płyty CD z wynikami badań MR lub TK) i jestem świadom/a, że pozostaje ona własnością Exira Gamma Knife i nie będzie mi odesłana.

Przyjmuję także do wiadomości, że:

1. Administratorem moich danych osobowych jest EXIRA GAMMA KNIFE Sp. z o.o.,
2. Udostępnione przez mnie dane osobowe będą przetwarzane przez Administratora danych w celu ochrony stanu zdrowia oraz świadczenia usług medycznych,
3. Jestem zobowiązany/a do podania swoich danych w celu prowadzenia dokumentacji oraz mam prawo dostępu do treści tych danych oraz żądania ich poprawiania,
4. Moje dane osobowe oraz dokumentacja medyczna mogą być udostępnione na zasadach określonych w przepisach prawa.

**Upoważniam/Nie upoważniam\*** do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia Pana/Panią:

Imię i nazwisko……………………………………………………………………………………...………………………………………………

Adres………………………………………………………………………………………….……………………….…………………………………

Nr telefonu……………………………………..………… Adres E-mail: ……………………………………….……………………………

**Upoważniam/Nie upoważniam\*** do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby, jak również do uzyskania dostępu do mojej dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci Pana/Panią:

Imię i nazwisko ……………………………………………………..………………………………………………………………..………………

Adres: …………………………………………………..…………………………………………………………………………………….…….……

Nr telefonu…………………………………………… Adres E-mail: ……………………………………………………………………..……

………………………………………………………….……………..

(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

\*Niepotrzebne przekreślić.