

Imię i nazwisko pacjenta ..... PESEL .....

Adres zamieszkania .....

**Wyrażam zgodę** na proponowane mi leczenie w Wielkopolskim Centrum Onkologii w tym również na leczenie cytostatykami (chemioterapię) oraz radioterapię, a także na wykonywanie towarzyszących leczeniu świadczeń medycznych m.in. badań lekarskich, diagnostycznych, badań histopatologicznych, czynności zapobiegawczych, które zostaną uznane za stosowne dla ratowania mojego zdrowia i życia w sytuacjach tego wymagających.\*

podpis pacjenta.....

podpis lekarza przyjmującego zgodę.....

### OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a:

Upoważniam do **uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych** następujące osoby:

.....  
.....  
*imię i nazwisko oraz dane umożliwiające kontakt z osoba (np. adres zamieszkania, nr telefonu)*

Nie upoważniam nikogo.

Upoważniam do **uzyskania dokumentacji medycznej** następujące osoby:

.....  
.....  
*imię i nazwisko oraz dane umożliwiające kontakt z osoba (np. adres zamieszkania, nr telefonu)*

Nie upoważniam nikogo.

**Niniejsze upoważnienie jest ważne do odwołania**

.....  
podpis pacjenta

Na podstawie art. 24 Ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r., informujemy, że:

Administratorem Danych Osobowych jest: Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu, ul. Garbary 15. Podstawa prawna przetwarzania danych wynika z: Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dane przetwarzane są w zbiorze danych medycznych pacjentów w celu ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych, leczenia przez osoby trudniące się zawodowo leczeniem lub świadczenia innych usług medycznych, zarządzania udzielaniem świadczeń medycznych oraz udostępniane są organom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.

Pacjencie masz prawo: dostępu do swoich danych, prawo ich poprawiania oraz prawo do kontroli przetwarzanych danych osobowych (art.32-35 Ustawy o ochronie danych osobowych). Z powyższych uprawnień możesz korzystać w siedzibie Administratora Danych Osobowych.

.....  
podpis pacjenta

Po podpisaniu przez Pacjenta należy dołączyć do historii choroby.

**\* Dodatkowej zgody pacjenta wymaga:**

*zabieg / operacja, znieczulenie pacjenta, transfuzja krwi i środków krwiopochodnych, badanie nad dziedziczną predyspozycją do chorób nowotworowych, objęcie pacjenta opieką paliatywną, badanie diagnostyczne z podaniem środka cieniującego, punkcja cienkoigłowa, eksperymentalna metoda leczenia lub diagnostyki dla celów naukowych.*