

Imię i nazwisko ..... PESEL  
(lub data urodzenia w przypadku obcokrajowców lub osób nie posiadających nr PESEL) .....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



**OŚWIADCZENIE W SPRAWIE ZGODY/BRAKU ZGODY NA PRZEKAZYWANIE INFORMACJI DROGĄ ELEKTRONICZNĄ;  
POTWIERDZENIE ZAPOZNANIA SIĘ Z KLAUZULAMI INFORMACYJNYMI**

1. Oświadczam, że zapoznałam/-em się z klauzulami informacyjnymi dla osób na rzecz których udzielane będą świadczenia zdrowotne, sporządzonymi zgodnie z przepisami art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, które administrator danych osobowych – Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Gdańsku – udostępnił:
- na tablicy informacyjnej znajdującej się w jego siedzibie;
  - na stronie internetowej Ośrodka pod adresem internetowym: <http://womp.gda.pl/>

.....  
(Data i podpis pacjenta)

2. Oświadczam, że zgodnie z przepisami: art. 7 ust. 2 i 3 - rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), opublikowanym w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej Nr 119/1 z dnia 4 maja 2016 r. oraz art. 10 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną

- nie wyrażam** zgody na przetwarzanie moich danych osobowych przez Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Gdańsku,  
 **wyrażam** zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Gdańsku, poprzez zastosowanie:

- Poczty elektronicznej: ..... lub/i  
 Telefonu: ..... \*\*.

w celu umożliwienia komunikacji elektronicznej i/lub telekomunikacyjnej w zakresie udzielania informacji o:

- wynikach badań laboratoryjnych,  
 umawianiu terminów na wizyty do specjalistów  
 kontaktu w trakcie postępowań w zakresie chorób zawodowych\*\*\*

Zostałam/-em pouczone/-y o możliwości nie wyrażenia zgody na przetwarzanie danych i udostępnienie informacji w opisanym wyżej zakresie.

.....  
(Data i podpis pacjenta)

\*proszę zaznaczyć zgodę lub brak zgody

\*\* w przypadku zgody proszę wybrać rodzaj komunikacji poprzez postawienie znaku „X”

\*\*\* w przypadku zgody, po wybraniu rodzaju komunikacji, proszę o wybranie zakresu informacji jakie mają być przekazywane, poprzez postawienie znaku „X” przy wybranym zagadnieniu



**OŚWIADCZENIE O UPOWAŻNIENIU LUB BRAKU UPOWAŻNIENIA  
DO DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ/ UDZIELANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA PACJENTA**

**UPOWAŻNIENIA**

**I. Do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych mi świadczeniach zdrowotnych**

- Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielanych mi świadczeniach zdrowotnych.  
 Osobą upoważnioną do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielanych mi świadczeniach zdrowotnych jest:

- .....  
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)  
.....  
(adres zamieszkania, tel. kontaktowy osoby upoważnionej)

.....  
(Data, czytelny podpis składającego oświadczenie)

**II. Do dostępu do dokumentacji medycznej**

1. Nie upoważniam nikogo\* / Osobą upoważnioną\* do udostępnienia mojej dokumentacji medycznej jest:

- .....  
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)  
.....  
(adres zamieszkania)

2. Nie upoważniam nikogo\* / Osobą upoważnioną\* do udostępnienia mojej dokumentacji medycznej po mojej śmierci jest:

- .....  
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)  
.....  
(adres zamieszkania, tel. kontaktowy osoby upoważnionej)

Ponadto oświadczam, że zostałam/-em poinformowana/-y o możliwości zmiany/ cofnięcia udzielonego upoważnienia.

.....  
(Data, czytelny podpis składającego oświadczenie)

\* Niepotrzebne skreślić