

**I. Dane pacjenta:**

- imię i nazwisko: .....
- data urodzenia, PESEL: .....
- adres zamieszkania: .....

**II. OŚWIADCZENIE:**

1. Niniejszym upoważniam Panią/Pana

.....  
.....  
.....

(Imię, nazwisko, PESEL, adres, telefon kontaktowy do)

- a) **Uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych** w WOMP CP-L w Lublinie,
- b) **Uzyskiwania dokumentacji medycznej** wytworzonej w WOMP CP-L w Lublinie, w tym także na wypadek mojej śmierci.

.....  
(data, czytelny podpis pacjenta)

2. **Oświadczam, że nie upoważniam żadnej osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach** w WOMP CP-L w Lublinie, ani też do uzyskiwania dokumentacji medycznej wytworzonej w WOMP CP-L w Lublinie.

.....  
(data, czytelny podpis pacjenta)

3. **Wyrażam zgodę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w WOMP CP-L w Lublinie w zakresie kompetencji personelu medycznego zatrudnionego w WOMP CP-L w Lublinie.**

.....  
(data, czytelny podpis pacjenta)

**UWAGA** Małoletni pacjent, który ukończył 16 lat, ma prawo wyrażenia zgody osobiście lub prawo takie posiada przedstawiciel ustawowy (rodzice), a w przypadku braku przedstawiciela ustawowego, opiekun faktyczny.

4. **Oświadczam, że nie wyrażam zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych w WOMP CP-L w Lublinie w zakresie kompetencji personelu medycznego zatrudnionego w WOMP CP-L w Lublinie.**

.....  
(data, czytelny podpis pacjenta)

5. **Niniejsze oświadczenie podpisuję, po przedstawieniu mi w sposób jasny i zrozumiały przez personel medyczny WOMP CP-L w Lublinie informacji o moich uprawnieniach i sytuacji zdrowotnej w zakresie oświadczenia.**

.....  
(data, czytelny podpis pacjenta)

- III.** Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z treścią klauzuli informacyjnej w zakresie stosowania przez WOMP CP-L w Lublinie postanowień i zaleceń wynikających 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), sporządzonej na podstawie art. 13 przedmiotowej regulacji.

.....  
(data, czytelny podpis pacjenta)