

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(imię i nazwisko Pacjenta)

.....  
(PESEL Pacjenta)

.....  
(adres zamieszkania Pacjenta)

.....  
(numer telefonu Pacjenta)

### **KARTA UPOWAŻNIEN 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 oraz 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.