

Formularz zgody

Udostępnianie Państwa danych medycznych za pośrednictwem systemu LSP



volg je zorg

☐ **TAK**

Zgadzam się, aby niżej wymieniony podmiot opieki zdrowotnej udostępniał moje dane za pośrednictwem systemu LSP. Zapoznałem(-am) się ze wszystkimi informacjami zawartymi w broszurze „Udostępnianie Państwa danych medycznych za pośrednictwem [Krajowym systemie wymiany informacji] (LSP)...”.
TAK: Zapoznałem/Zapoznałam się ze wszystkimi informacjami zawartymi w broszurze „Tak! Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych medycznych; Dać pozwolenie na udostępnienie dokumentacji medycznej!” i rozumiem je.

☐ **NIE**

Nie zgadzam się, aby niżej wymieniony podmiot opieki zdrowotnej udostępniał moje dane za pośrednictwem systemu LSP. Zapoznałem(-am) się ze wszystkimi informacjami zawartymi w broszurze „Udostępnianie Państwa danych medycznych za pośrednictwem [Krajowym systemie wymiany informacji] (LSP)...”.
TAK: Zapoznałem/Zapoznałam się ze wszystkimi informacjami zawartymi w broszurze „Tak! Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych medycznych; Dać pozwolenie na udostępnienie dokumentacji medycznej!” i rozumiem je.

Dane lekarza rodzinnego lub apteki:

Jakiego podmiotu opieki zdrowotnej dotyczy zgoda?

☐ mojego lekarza rodzinnego

☐ mojej apteki

Imię i nazwisko/Nazwa:

Adres:

Kod pocztowy i miejscowość:

Moje dane Proszę pamiętać o złożeniu swojego podpisu.

Nazwisko:

Inicjały:

Adres:

Kod pocztowy i miejscowość:

Data urodzenia:

Podpis:

Data:

Czy chcą Państwo wydać zgodę również w imieniu swoich dzieci?

- W przypadku dzieci do 12. roku życia: wydają Państwo zgodę jako rodzic lub opiekun prawny. W tym celu mogą Państwo skorzystać z poniższego formularza.
- W przypadku dzieci od 12. do 16. roku życia, które chcą wydać swoją zgodę: na formularzu składają podpis zarówno Państwo jako rodzic lub opiekun prawny, jak i dziecko.
- Dzieci powyżej 16. roku życia samodzielnie wydają zgodę i wypełniają swój własny formularz.

Dane moich dzieci

Proszę poniżej wypełnić dane dzieci, w imieniu których chcą Państwo wydać zgodę. **Proszę pamiętać o złożeniu poniżej również swojego podpisu.**

Nazwisko:

Inicjały:

Data urodzenia:

Podpis dziecka:

☐ TAK

☐ NIE

Nazwisko:

Inicjały:

Data urodzenia:

Podpis dziecka:

☐ TAK

☐ NIE

Jeśli mają Państwo więcej, niż dwoje dzieci, proszę skorzystać z dodatkowego formularza zgody.

Podpis rodzica lub opiekuna
prawnego:

Data:

Proszę przekazać ten formularz lekarzowi rodzinemu lub aptece, dla której wydają Państwo zgodę

(wersja maj 2023 r.)