**Załącznik Nr 1**

**do Zarządzenia Nr 21/2022**

**Dyrektora WOMP CP-L   
w Lublinie   
z dnia 1 września 2022r.**

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

Data urodzenia .................................................

PESEL ..............................................................

**OŚWIADCZENIE PACJENTA**

Stosownie do wymogu § 8 ust. 1 pkt. 1-2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia   
6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej   
oraz sposobu jej przetwarzania, oświadczam, że upoważniam/nie upoważniam\*

1. do uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia, planowanych i udzielonych   
   mi świadczeniach zdrowotnych, rozpoznaniu, wynikach leczenia, rokowaniach

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

*(imię, nazwisko, pesel)*

nr tel. ............................, zam. ...........................................................................................

1. do uzyskania dostępu do dotyczącej mnie dokumentacji medycznej. Upoważnienie obejmuje prawo do wglądu, uzyskiwania kopii, wyciągów, odpisów i wydruków dotyczącej mnie dokumentacji medycznej.

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

*(imię, nazwisko, pesel)*

nr tel. ............................, zam. ......................................................................................

1. wyrażam /nie wyrażam \*, zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie działalności WOMP CP-L

**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.

1. Oświadczam, że składałam/em/nie składałam/em \* oświadczenia za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta, o którym mowa w art. 7a ustawy z dnia   
   28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Oświadczam,  
   że zostałam/em poinformowana/y o możliwości złożenia oświadczenia   
   za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta i skutkach ich złożenia.
2. Wyrażam/nie wyrażam zgody na udostępnienie mi wyników badań laboratoryjnych   
   na stronie internetowej WOMP CP-L w Lublinie zgodnie z obowiązującą procedurą.

Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z treścią klauzuli informacyjnej w zakresie stosowania przez WOMP CP-L w Lublinie postanowień i zaleceń wynikających   
z rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku w 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.

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

*(miejscowość, data, czytelny podpis pacjenta/*

*przedstawiciela ustawowego)*

\* niewłaściwe skreślić