

Idealist Centrum Zdrowia i Urody sp. z o.o.

Nazwisko i imię pacjenta:

PESEL:

Miejscowość, data:

OŚWIADCZENIE

o wyrażeniu zgody na wysyłanie dokumentacji medycznej pacjenta przez Idealist Centrum Zdrowia i Urody Sp. z o.o.

Ja niżej podpisany/-a (imię i nazwisko)

PESEL: oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a o ryzyku związanym z przesyłaniem dokumentacji medycznej, w tym wyników badań, recept oraz innych dokumentów, za pośrednictwem firmy kurierskiej lub drogą elektroniczną. Rozumiem ryzyko związane z możliwością opóźnienia, utraty przesyłki albo uzyskania dostępu do dokumentacji przez osobę nieuprawnioną i świadomie akceptuję sposób jej przekazania.

Wyrażam zgodę na przesłanie następujących dokumentów:

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

za pośrednictwem firmy kurierskiej współpracującej z placówką / poczty elektronicznej (e-mail)* na adres:

Adres korespondencyjny:

E-mail:

W przypadku przesłania dokumentacji pocztą elektroniczną hasło do zaszyfrowanego pliku zostanie przekazane odrębnym kanałem komunikacji (np. wiadomością SMS) na numer telefonu:

Telefon:

Potwierdzam prawidłowość powyższych danych.

.....

czytelny podpis Pacjenta

.....

czytelny podpis pracownika

* Skreślić niepotrzebne.