

ZGODA PACJENTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH NA ODLEGŁOŚĆ (TELEPORADA)

Niniejszy dokument stanowi wzór zgody pacjenta na udzielanie świadczeń zdrowotnych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Oświadczenie pacjenta

Oświadczam, że wyrażam dobrowolną zgodę na udzielanie mi świadczeń zdrowotnych na odległość, w szczególności w formie teleporady, za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej lub telefonicznej.

Potwierdzam, że zostałem/-am poinformowany/-a o charakterze świadczenia udzielanego na odległość, jego zakresie, ograniczeniach oraz możliwości konieczności odbycia wizyty stacjonarnej, jeżeli będzie to uzasadnione stanem zdrowia lub wymaganiami diagnostycznymi.

Oświadczam, że:

1. Przekazane przeze mnie informacje dotyczące mojego stanu zdrowia są zgodne z prawdą.
2. Rozumiem, że jakość i kompletność porady zależy od zakresu informacji przekazanych przeze mnie personelowi medycznemu.
3. Zostałem/-am poinformowany/-a o zasadach ochrony danych osobowych i tajemnicy medycznej.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i danych dotyczących zdrowia w zakresie niezbędnym do realizacji świadczenia zdrowotnego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Potwierdzenie zgody

Wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na udzielanie mi świadczeń zdrowotnych na odległość.