

Nazwisko ..... imię ..... płeć  K  M  
 miejsce urodzenia ..... data urodzenia ..... PESEL .....  
 /seria i nr d. o., paszportu lub in. dokumentu wraz z nazwą kraju, w którym wydany został dokument tożsamości .....  
 kod pocztowy ..... miasto ..... ulica i nr domu .....  
 telefon kontaktowy ..... e-mail: .....

**Dane fenotypowe (dotyczy pacjentów leczonych z powodu niepłodności)**

**Grupa krwi i czynnik Rh** ..... **wzrost** ..... (cm) **masa ciała** ..... (kg)

**kolor oczu:**  czarno-brązowe  ciemnobrązowe  brązowe  jasnobrązowe  zielono-piwnie  
 jasnozielone  ciemnoszare  jasnoszare  niebieskie  jasnoniebieskie

**kolor włosów:**  białe  jasny blond  blond  ciemny blond  
 rude  rudoblon  szatynowe  czarno-brunatne i czarne

**struktura włosów:**  proste  kręcone  falowane  
**budowa ciała:**  ektomorfik  mezomorfik  endomorfik

**rasa:**  biała  inna, jaka? .....  **pochodzenie etniczne:**  polskie  inne, jakie? .....

**OŚWIADCZENIE PACJENTKI / PACJENTA**
**1. Upoważniam / nie upoważniam** .....

Imię i nazwisko

PESEL / data urodzenia

stopień pokrewieństwa

zamieszkałą/ego .....

adres i nr telefonu

- do zasięgnięcia informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych  
 do uzyskania dokumentacji medycznej  
 do uzyskiwania ww. informacji również po śmierci

2. Ja niżej podpisana/y **upoważniam / nie upoważniam** Centrum Ginekologii, Endokrynologii i Medycyny Rozrodu „Artemida Olsztyn” do przekazywania moich wyników badań / recept / potwierdzenia likwidacji depozytów / innej dokumentacji medycznej\*

..... (ew. wymienić jakiej)

- pocztą elektroniczną, na adres e-mail: .....  
 pocztą tradycyjną na adres: .....  
 wskazanej osobie: .....  
 imię i nazwisko, PESEL, adres i nr telefonu

Niniejsze upoważnienie zostaje udzielone na czas nieokreślony i może zostać unieważnione jedynie w formie pisemnej.

3. **Upoważniam / nie upoważniam** współmałżonka/kę / osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, do przetwarzania moich danych osobowych w związku z prowadzeniem badań i z udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi prowadzonymi w Centrum Artemida Olsztyn.

4. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielanie innego świadczenia zdrowotnego na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz na przetwarzanie moich danych osobowych w związku z udzieleniem świadczeń medycznych zgodnie z przepisami *ustawy z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych oraz Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.*

5. Potwierdzam, że zapoznałam/em się z treścią **Klauzuli informacyjnej dotyczącej ochrony danych osobowych pacjentów** Centrum Ginekologii, Endokrynologii i Medycyny Rozrodu Artemida Olsztyn, 10-357 Olsztyn, ul. Jagiellońska 78, dostępnej na stronie internetowej <http://www.artemida-online.pl/> oraz na tablicy informacyjnej w siedzibie Centrum Ginekologii, Endokrynologii i Medycyny Rozrodu Artemida Olsztyn, 10-357 Olsztyn ul. Jagiellońska 78 zgodnie z *ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.*

Olsztyn, dn. ....

 .....  
 czytelny podpis pacjentki/pacjenta