

**Oświadczenie pacjenta w sprawie digitalizacji
dokumentacji medycznej**

Imię i nazwisko pacjenta: _____

Numer pesel: _____

tel. _____

Ja, niżej podpisany/a, będąc pacjentem placówki Specjalistyczna Praktyka Lekarska Maria Jeska, informuję, że zostałem/am poinformowany/a o planowanej pełnej digitalizacji dokumentacji medycznej pacjentów, która nastąpi w roku 2025.

W związku z powyższym, wybieram jedną z poniższych opcji:

Odbiór oryginału dokumentacji medycznej

Żądam przekazania mi oryginału mojej dokumentacji medycznej w formie papierowej.

Przechowywanie dokumentacji w formie elektronicznej

Wyrażam zgodę na przechowywanie mojej dotychczasowej dokumentacji medycznej wyłącznie w formie elektronicznej.

Oświadczam, że podjęta decyzja została przeze mnie wyrażona świadomie i dobrowolnie, po zapoznaniu się z informacjami dotyczącymi procesu digitalizacji oraz jego konsekwencjami.

.....

(Podpis pacjenta)

Data: _____

.....

(podpis pracownika)

Data: _____