

Nazwa i adres Ośrodka Współpracującego/POZ.....  
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy ..... (obowiązkowe)  
PESEL świadczeniobiorcy ..... (obowiązkowe)  
Rozpoznanie wstępne świadczeniobiorcy ..... (obowiązkowe)  
Nr telefonu komórkowego/stacjonarnego\*: ..... / Adres e-mail\*: .....  
*\*Świadczeniobiorca musi udostępnić co najmniej jedną z wymienionych możliwości kontaktu\**

**ŚWIADOMA ZGODA ŚWIADCZENIOBIORCY  
NA UDZIAŁ W PROGRAMIE PILOTAŻOWYM OPIEKI NAD ŚWIADCZENIOBIORCĄ  
W RAMACH SIECI KARDIOLOGICZNEJ**

Wyrażam zgodę na:

- 1) udział w programie pilotażowym opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej, na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 maja 2021 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 880);

.....  
(data i czytelny podpis Świadczeniobiorcy)

- 2) przekazywanie moich danych pochodzących z raportów statystycznych, w tym moich danych o stanie zdrowia oraz udzielonych mi świadczeń zdrowotnych, między ośrodkami realizującymi program pilotażowy lub innym podmiotom wykonującymi działalność leczniczą w związku z realizacją zadań określonych przepisami prawa;
- 3) na pobranie moich danych teleadresowych z baz dostępnych dla Narodowego Instytutu Kardiologii, w celu usprawnienia procesu rejestracji pacjenta w systemie teleinformatycznym.

.....  
(data i czytelny podpis Świadczeniobiorcy)

Jednocześnie oświadczam, że:

- 1) z uwagi na miejsce zamieszkania i zgłoszenie przynależę do Mazowieckiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia,
- 2) uzyskałam(em) niezbędne informacje dotyczące ww. programu oraz otrzymałam(em) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.

Przyjmuję do wiadomości, że posiadam prawo dostępu do treści dotyczących mnie danych osobowych oraz ich poprawiania, jak również, że podanie przeze mnie danych osobowych w związku z udziałem w programie pilotażowym jest dobrowolne. Wiem również, że mogę wycofać swój udział w programie pilotażowym w dowolnym momencie bez konieczności uzasadniania mojej decyzji. Wycofanie się z programu pilotażowego w żaden sposób nie wpłynie na moje przyszłe leczenie lub obecne leczenie i nie utracę żadnych świadczeń, które mi przysługują.

.....  
(data i czytelny podpis Świadczeniobiorcy)

---

Oświadczam, że omówiłam(em) z pacjentem warunki jego udziału w ww. programie pilotażowym, używając zrozumiałych, możliwie prostych sformułowań oraz udzieliłam(em) informacji dotyczących natury i znaczenia ww. programu. Ww. osoba (pacjent) uzyskuje zgodę na badanie.

.....  
(data i czytelny podpis lekarza oraz numer telefonu kontaktowego)