

DANE PACJENTA:

IMIĘ I NAZWISKO*			
PESEL*			
ADRES ZAMIESZKANIA*	Ulica:		
	Nr domu:	Nr lokalu:	
	Kod pocztowy:	Miejscowość:	
NUMER TELEFONU*	Pacjenta:		Opiekuna prawnego:
	E-MAIL:		Opiekuna prawnego:

Imię, nazwisko, PESEL i DOKŁADNY adres rodzica/opiekuna prawnego (wypełnić w przypadku osób małoletnich lub ubezwłasnowolnionych)* _____

Dane osobowe będą przetwarzane przez Administratora Danych Osobowych Centrum Zdrowia Psychicznego HarmonJa, ul. Politechniczna 9/7, 80-288 Gdańsk, w celu udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach poradni psychiatrycznej/psychoterapeutycznej

- Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych
- Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą
- Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem Centrum Zdrowia Psychicznego HarmonJa oraz akceptuję ustalenia w nim zawarte

Wyrażam zgodę na badanie/leczenie w Centrum Zdrowia Psychicznego HarmonJa w poradni:

- psychiatrycznej
- psychoterapeutycznej/psychologicznej
- seksuologicznej

Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji marketingowych (treningach, warsztatach, darmowych wydarzeniach itp.) drogą elektroniczną (e-mail) oraz telefoniczną (SMS)

- wyrażam zgodę
- nie wyrażam zgody

.....
data i miejscowość

.....
czytelny podpis pacjenta i/lub jego opiekuna

Oświadczenie Pacjenta:

Upoważnienie osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia Pacjenta i udzielonych świadczeniach zdrowotnych

- Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych.
- Osobą upoważnioną do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych jest:

1.....
(Imię i nazwisko osoby upoważnionej)

.....
(dane umożliwiające kontakt z tą osobą)

2.....
(Imię i nazwisko osoby upoważnionej)

.....
(dane umożliwiające kontakt z tą osobą)

.....
(Czytelny podpis pacjenta składającego oświadczenie)

Oświadczenie Pacjenta

Upoważnienie dotyczące dokumentacji medycznej

- Wyrażam zgodę na przesyłanie dokumentacji medycznej drogą elektroniczną na adres e-mail:, zdając sobie sprawę ze zwiększonego ryzyka wycieku moich danych osobowych w związku z przesyłaniem ich drogą elektroniczną
- Nie upoważniam nikogo do udostępnienia mojej dokumentacji medycznej
- Osobą upoważnioną do udostępnienia mojej dokumentacji medycznej jest:

1.....
(Imię i nazwisko osoby upoważnionej)

.....
(dane umożliwiające kontakt z tą osobą)

2.....
(Imię i nazwisko osoby upoważnionej)

.....
(dane umożliwiające kontakt z tą osobą)

.....
(Czytelny podpis pacjenta składającego oświadczenie)