

DATA.....

DANE PACJENTA:

IMIĘ I NAZWISKO*	
ADRES ZAMIESZKANIA*	
PESEL*	
NUMER TELEFONU*	
E-MAIL	

Imię, nazwisko i adres rodzica/opiekuna prawnego (wypełnić w przypadku osób nieletnich 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.

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

- psychiatrycznej
- psychoterapeutycznej

Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji marketingowych drogą elektroniczną (e-mail) oraz telefoniczną (SMS)

- wyrażam zgodę
- nie wyrażam zgody

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

*podanie danych jest niezbędne do udzielenia świadczenia zdrowotnego

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

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)

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U.2015, poz. 2069)