

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.

- 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

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

- wyrażam zgodę  
 nie wyrażam zgody

.....

(Czytelny podpis pacjenta składającego oświadczenie)

## **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)