

DANE PACJENTA:

IMIĘ I NAZWISKO*			
PESEL*			
ADRES ZAMIESZKANIA*	Ulica:		
	Nr domu:	Nr lokalu:	
	Kod pocztowy:	Miejscowość:	
NUMER TELEFONU*	Pacjenta:		Opiekuna prawnego:
	Pacjenta:		Opiekuna prawnego:
E-MAIL*	Pacjenta:		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
- ☐ *Oświadczam, że zapoznałem się z procedurami dot. standardów ochrony małoletnich w Centrum Zdrowia Psychicznego
- ☐ *Oświadczam, że zapoznałem się z informacją, iż bezpłatne odwołanie wizyty jest możliwe najpóźniej do 48h przed planowanym spotkaniem

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

- ☐ poradni psychiatrycznej
- ☐ poradni psychoterapeutycznej/psychologicznej
- ☐ poradni seksuologicznej
- ☐ warsztacie grupowym

*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)

.....
(numer telefonu)

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

Oświadczenie Pacjenta

Upoważnienie dotyczące dokumentacji medycznej za życia

- ☐ 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)

.....
(numer telefonu)

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

Oświadczenie Pacjenta

Upoważnienie dotyczące dokumentacji medycznej po śmierci

- ☐ Nie upoważniam nikogo do udostępnienia mojej dokumentacji medycznej po mojej śmierci
- ☐ Osobą upoważnioną do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej po mojej śmierci jest:

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

.....
(numer telefonu)

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