

**DANE PACJENTA:**

| IMIĘ I NAZWISKO\* |  | | |
| --- | --- | --- | --- |
| PESEL\* |  | | |
| ADRES ZAMIESZKANIA\* | Ulica: | | |
| Nr domu: | Nr lokalu: | |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: | |
| NUMER TELEFONU\* | 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 Magdalena Skuza Jacek Stasiuk S.C. Al. Zwycięstwa 250, 81-540 Gdynia, nr NIP 957-110-96-11,   
REGON 381203972-00010, w celu udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach poradni psychiatrycznej/psychoterapeutycznej*

* \*Oświadczam, że zapoznał\_m się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych
* \*Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą
* \*Oświadczam, że zapoznał\_m się z Regulaminem Centrum Zdrowia Psychicznego HarmonJa oraz akceptuje ustalenia w nim zawarte
* \*Oświadczam, że zapoznał\_m się z procedurami dot. standardów ochrony małoletnich w Centrum Zdrowia Psychicznego

\*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

\*podanie danych oraz akceptacja Regulaminu są 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**

* 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)

**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)