

DANE PACJENTA:

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

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 S.C. Al. Zwycięstwa 250, 81-540 Gdynia, nr NIP 957-110-96-11, 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 48 h 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) [zaznaczyć wybrane]

- 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:

(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:

(Imię i nazwisko osoby upoważnionej)	(dane umożliwiające kontakt z tą osobą)
--------------------------------------	---

.....
(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 udostępnienia mojej dokumentacji medycznej po mojej śmierci jest:

(Imię i nazwisko osoby upoważnionej)	(dane umożliwiające kontakt z tą osobą)
--------------------------------------	---

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