

DATA.....

KARTA PACJENTA
WIELOSPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA
BODYCLINIC SP. Z O.O. SP. K.

DANE PACJENTA:

IMIĘ I NAZWISKO*	
ADRES ZAMIESZKANIA*, - ulica, nr domu kod pocztowy miejscowość
PESEL*	
NUMER TELEFONU	
E-MAIL	

DANE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO (wypełnić w przypadku osób nieletnich lub ubezwłasnowolnionych)*

IMIĘ I NAZWISKO*	
ADRES ZAMIESZKANIA*, - ulica, nr domu kod pocztowy miejscowość
PESEL	

Dane osobowe będą przetwarzane przez Administratora Danych Osobowych:
Wielospecjalistyczna Przychodnia Lekarska Bodyclinic sp. z o.o. sp.k., Sierakowskiego 4 lok.
U3, 03-712 Warszawa, NIP 5252799287 wyłącznie w celu udzielania świadczeń zdrowotnych.

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 Bodyclinic sp. z o.o. sp. k.

.....
(podpis pacjenta/opiekuna prawnego składającego oświadczenie)

- Podanie danych jest niezbędne do udzielenia świadczenia zdrowotnego zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

<p>Oświadczenie Pacjenta: Upoważnienie osoby bliskiej <u>do</u> <u>uzyskiwania informacji o stanie</u> <u>zdrowia</u> Pacjenta i udzielonych świadczeniach zdrowotnych</p>	<p>Oświadczenie Pacjenta Upoważnienie <u>dotyczące</u> <u>udostępniania dokumentacji</u> <u>medycznej za życia</u></p>	<p>Oświadczenie Pacjenta Upoważnienie <u>dotyczące</u> <u>udostępniania dokumentacji</u> <u>medycznej po śmierci</u></p>
<p><input type="checkbox"/> Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych.</p> <p><input type="checkbox"/> Osobą upoważnioną do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych jest :</p> <p>1. (Imię i nazwisko osoby upoważnionej)</p> <p>..... (numer telefonu)</p> <p>2. (Imię i nazwisko osoby upoważnionej)</p> <p>..... (numer telefonu)</p>	<p><input type="checkbox"/> Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania do mojej dokumentacji medycznej</p> <p><input type="checkbox"/> Osobą upoważnioną do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej jest:</p> <p>1. (Imię i nazwisko osoby upoważnionej)</p> <p>..... (numer telefonu)</p> <p>2. (Imię i nazwisko osoby upoważnionej)</p> <p>..... (numer telefonu)</p>	<p><input type="checkbox"/> Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania do mojej dokumentacji medycznej po mojej śmierci</p> <p><input type="checkbox"/> Osobą upoważnioną do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej po mojej śmierci jest:</p> <p>1. (Imię i nazwisko osoby upoważnionej)</p> <p>..... (numer telefonu)</p> <p>2. (Imię i nazwisko osoby upoważnionej)</p> <p>..... (numer telefonu)</p>
<p>Podstawa prawna: art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta</p>		

.....

(podpis pacjenta/opiekuna prawnego składającego oświadczenie)