

Dane pacjenta:

imię i nazwisko PESEL*

telefon adres mailowy

Dane opiekuna prawnego lub faktycznego (jeśli wypełnia oświadczenie opiekun)

imię i nazwisko

telefon adres mailowy

Zgoda na diagnostykę i leczenie, w tym wykonanie procedur leczniczych koniecznych ze względu na stan zdrowia

wyrażam zgodę nie wyrażam zgody

Data i podpis

Zgoda na przestrzeganie Regulaminu Porządkowego

wyrażam zgodę nie wyrażam zgody

Data i podpis

1. Do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach medycznych:

upoważniam (wypełnić poniżej) nie upoważniam nikogo

imię i nazwisko osoby upoważnionej

telefon adres mailowy

Dane pacjenta:

imię i nazwisko PESEL*

2. Do uzyskania dokumentacji medycznej:

upoważniam (wypełnić poniżej) nie upoważniam nikogo

imię i nazwisko osoby upoważnionej

telefon adres mailowy

3. Do odbioru rzeczy osobistych i wartościowych z depozytu w przypadku mojej niedyspozycji

upoważniam (wypełnić poniżej) nie upoważniam nikogo

imię i nazwisko osoby upoważnionej

telefon adres mailowy

Data i podpis

4. Zostałam/-em poinformowana/-y, że Klauzula Informacyjna (Fa/73/) dotycząca przetwarzania moich danych osobowych w celu ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych, zarządzania udzielaniem tych usług oraz leczenia jest dostępna w Punkcie Informacyjnym, na tablicy Informacyjnej oraz stronie internetowej: www.gwarek.info. Potwierdzam zapoznanie się z Klauzulą Informacyjną (Fa/73) .

Data i podpis

* w przypadku braku nr PESEL należy podać numer i rodzaj innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.