

Imię i nazwisko pacjenta: _____

PESEL: _____ data ur. _____

Adres zamieszkania: _____

(ulica, nr domu)

(kod pocztowy, miejscowość)

Imię i nazwisko przedstawiciela prawnego :

PESEL: _____ data ur. _____

Adres zamieszkania: _____

(ulica, nr domu)

(kod pocztowy, miejscowość)

Telefon kontaktowy : _____

Adres e-mail: _____

Skąd dowiedziałeś się o nas:

- z polecenia (znajomi, rodzina)
- Internet: strona www/FB
- ulotka informacyjna
- reklama prasowa/bilbordy
- radio/telewizja
- inne, jakie?

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA PRAWNEGO

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą. Wszystkie zmiany w sytuacji zdrowotnej zobowiązuję się zgłosić w czasie najbliższej wizyty po ich zaistnieniu.

Ja, _____ będąc przedstawicielem ustawowym pacjenta:

Imię, nazwisko

_____ oświadczam, że **upoważniam***) Pana/-ią _____, zamieszkałego/ą

_____, **/nie upoważniam nikogo innego***)

do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta, do wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta oraz uzyskiwania odpisów, wypisów i kopii tej dokumentacji gromadzonej i przechowywanej w Centrum Medycznym SUPERMED Sp. z o.o. Sp. K.

Znam przysługujące mi prawa pacjenta wynikające z Karty Praw Pacjenta i wyrażam zgodę na leczenie w tutejszej poradni. Zgoda obejmuje wykonanie wszystkich zabiegów zaleconych i uzgodnionych z lekarzem prowadzącym lub innymi lekarzami poradni.

.....
data

.....
podpis opiekuna prawnego

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam dobrowolną zgodę na wykorzystanie moich danych osobowych przez Centrum Medyczne SUPERMED Sp. z o.o. Sp. K. w celach promocyjnych i marketingowych. Ponadto wyrażam zgodę na przesyłanie za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w szczególności poczty elektronicznej skierowanej do mnie informacji handlowej. Przysługuje Panu/Pani prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, podanie danych osobowych jest dobrowolne.

KRAKÓW, dn. _____

Podpis opiekuna prawnego

AKTUALNIE STOSOWANE LEKI:

ALERGIE I CHOROBY PRZEWLEKŁE :

PRZEBYTE CHOROBY, URAZY, HOSPITALIZACJE I ZABIEGI OPERACYJNE

KRAKÓW, dn. _____

Podpis opiekuna prawnego