

Imię i nazwisko: _____

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?

UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisany, niniejszym upoważniam Panią/Pana _____,

numer tel. _____, PESEL _____,

adres _____ */nie upoważniam nikogo* do:

- informowania o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych przez tutejszy Zakład Opieki Zdrowotnej;
- uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej z tutejszego Zakładu Opieki Zdrowotnej;
- odbioru moich recept;
- odbioru moich zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne.

KRAKÓW, dn. _____

Podpis pacjenta

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzanie badań lub udzielanie innych świadczeń zdrowotnych, na zasadach określonych w rozdz. 5 Ustawy z dn. 06.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w:

CENTRUM MEDYCZNE SUPERMED

Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Sp. K.

ul. Królowej Jadwigi 148A /1A, 30-212 Kraków

KRAKÓW, dn. _____

Podpis pacjenta

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 pacjenta

AKTUALNIE STOSOWANE LEKI:

ALERGIE I CHOROBY PRZEWLEKŁE :

WYWIAD GINEKOLOGICZNY (dotyczy kobiet)

Pierwsza miesiączka _____; ostatnia miesiączka _____; czas trwania cyklu _____;
liczba ciąż _____; liczba porodów _____; sposób porodu (siłami natury/cięcie cesarskie).

PRZEBYTE CHOROBY, URAZY, HOSPITALIZACJE I ZABIEGI OPERACYJNE

KRAKÓW, dn. _____

Podpis pacjenta