



OŚWIADCZENIE PACJENTA

DANE PACJENTA:

Imię i nazwisko: Data urodzenia:

PESEL: Nr telefonu:

Adres zamieszkania.....

adres e-mail:

UPOWAŻNIENIA:

1. Zgoda na udzielenie informacji o stanie zdrowia:

Wyrażam zgodę na udzielenie informacji o stanie mojego zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia:

Panu/Pani (imię i nazwisko)(PESEL lub data urodzenia)

Nie wyrażam zgody na udzielenie informacji w powyższym zakresie innym osobom.

2. Upoważnienie do uzyskania dostępu do dokumentacji medycznej:

Upoważniam do uzyskania dostępu do mojej dokumentacji medycznej:

Pana/Panią (imię i nazwisko)(PESEL lub data urodzenia)

Nie upoważniam nikogo do dostępu do mojej dokumentacji medycznej.

3. Upoważnienie do odbioru wyników badań:

Upoważniam do odbioru wyników moich badań:

Pana/Panią (imię i nazwisko) (PESEL lub data urodzenia)

Nie upoważniam nikogo do odbioru wyników badań.



MARKETING I PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH:

Zwracając się o objęcie mnie świadczeniami zdrowotnymi w Zespole Przychodni Specjalistycznych PRIMA Sp. z o.o. przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę na otrzymywanie, na podany adres e-mail lub za pośrednictwem telefonu (w drodze wiadomości sms lub telefonicznych połączeń przychodzących) informacji przypominających o terminie umówionej wizyty lekarskiej oraz informacji dotyczących udzielanych świadczeń zdrowotnych.

BĄDŹ NA BIEŻĄCO Z OFERTĄ DODATKOWYCH USŁUG I PROMOCJI

Profilaktyka to najlepsza forma leczenia, dlatego też warto wiedzieć jakie możliwości i nowe usługi medyczne pojawiają się w ZPS PRIMA Sp. z o.o.

Zgody marketingowe

Wyrażam zgodę Nie wyrażam zgody

na otrzymywanie drogą elektroniczną informacji marketingowych o usługach medycznych ZPS PRIMA Sp. z o.o., w tym otrzymywanie newslettera z tymi informacjami, na wskazany przez mnie adres e-mail.

Wyrażam zgodę Nie wyrażam zgody

na przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych przez ZPS PRIMA Sp. z o. o. do celów: przekazywania informacji marketingowych.

Mam świadomość, że wyrażenie powyższych zgód jest dobrowolne i może być przeze mnie cofnięte w każdej chwili bez podawania przyczyny.

Oświadczam, że podano mi wszystkie informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych wymagane przepisami RODO (w recepcji udostępniono mi klauzulę informacyjną) oraz przyjmuję do wiadomości, że treść tych informacji jest dostępna na stronie internetowej Zespole Przychodni Specjalistycznych PRIMA Sp. z o.o.: www.przychodnia-prima.pl

Data i podpis pacjenta: