

KARTA PIERWSZEJ KONSULTACJI PACJENTA/KLIENTA

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Numer pesel

Numer telefonu e-mail

Potwierdzam, że wobec mojej osoby wykonany został obowiązek informacyjny wynikający z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (EU) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis pacjenta/klienta

OŚWIADCZENIE PACJENTA/KLIENTA

UPOWAŻNIAM Panią/Pana
data urodzenia zamieszkałą/zamieszkałego pod adresem:
.....
osiągalną/osiągalnego pod numerem telefonu komórkowego
do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych wobec mnie świadczeń zdrowotnych.

NIE UPOWAŻNIAM żadnej osoby do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych wobec mnie świadczeń zdrowotnych.

UPOWAŻNIAM Panią/Pana
do uzyskania dokumentacji medycznej, w tym także po mojej śmierci.

NIE UPOWAŻNIAM żadnej osoby do uzyskania dokumentacji medycznej.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis pacjenta/klienta

.....
Miejscowość, data oraz czytelny podpis osoby przyjmującej kartę pierwszej konsultacji



