

DANE PACJENTA

IMIĘ I NAZWISKO	ID
-----------------	----

PESEL

OBYWATELSTWO

TELEFON

E-MAIL

ULICA

MIEJSCOWOŚĆ

NR DOMU

NR LOKALU

KRAJ

ADRES KORESPONDENCYJNY (JEŚLI INNY NIŻ ZAMIESZKANIA) ULICA

Ja niżej podpisany/podpisana wyrażam zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO* wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez New Portland Medical Sp. z o.o. w celu komunikacji korzystania z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dot. planowanych wizyt, jak również informacji o medycznej działalności New Portland Medical Sp. z o.o..

Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki o których mowa w art. 7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie, zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie o warunku możliwości jej rozliczalności. Zostałem również poinformowany o tym, że dane zbierane są przez New Portland Medical Sp. z o.o. o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom trzecim oprócz danych o stanie zdrowia wykorzystywanych do celów diagnostyki i leczenia.

*Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 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 / PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO / OPIEKUNA PRAWNEGO

DANE OSOBOWE

IMIĘ I NAZWISKO

ID

PESEL

OBYWATELSTWO

DOKUMENT TOŻSAMOŚCI (W PRZYPADKU BRAKU NR PESEL)

DOWÓD OSOBISTY PASZPORT INNY

SERIA I NUMER

DATA URODZENIA

KOBIETA MĘŻCZYZNA

DANE KONTAKTOWE

NR TELEFONU

E-MAIL

HASŁO DOSTĘPU

ADRES ZAMIESZKANIA

ULICA

NR DOMU

NR LOKALU

MIEJSCOWOŚĆ

KOD

KRAJ

ADRES KORESPONDENCYJNY (JEŚLI INNY NIŻ ZAMIESZKANIA) ULICA

NR DOMU

NR LOKALU

MIEJSCOWOŚĆ

KOD

KRAJ

ZGODA MARKETINGOWA

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wskazanych w powyższym formularzu przez New Portland Medical Sp. z o.o. w celu otrzymywania informacji marketingowych, w tym wiadomości typu newsletter oraz informacji handlowych, drogą elektroniczną za pośrednictwem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących zgodnie z art. 172 ustawą z dnia 16 lipca 2004 r. - Prawo telekomunikacyjne (t.j. Dz. U. z 2009 r. poz. 2460 z późn. zm.).

DATA

MIEJSCOWOŚĆ

PODPIS PACJENTA, KTÓRY UKOŃCZYŁ 16 ROK ŻYCIA

DATA

MIEJSCOWOŚĆ

PODPIS PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/OPIEKUNA PRAWNEGO

ZGODA NA LECZENIE / OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na zabiegi medyczne wykonywane podczas leczenia ambulatoryjnego związane z procesem diagnostyczno-terapeutycznym, w tym: nastawienie złamań, zwichnięć i podwichnięć, unieruchomienie kończyn i stawów, szycie ran, znieczulenie miejscowe, infuzję płynów, podanie leków, płynów ustrojowych, badania laboratoryjne (pobieranie krwi), iniekcje, badania diagnostyczne (RTG, USG, MR- rezonans magnetyczny, TK -tomograf komputerowy), zabiegów z zakresu rehabilitacji oraz konsultacji online.

TAK NIE (właściwie zaznaczyć)

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z zasadami obsługi Pacjenta i warunkami procedur medycznych oraz Kartą Praw Pacjenta, Kartą Praw Dziecka w New Portland Medical Sp. z o.o. oraz akceptuję wszystkie warunki.

TAK NIE (właściwie zaznaczyć)

DATA MIEJSCOWOŚĆ

PODPIS PACJENTA, KTÓRY UKOŃCZYŁ 16 ROK ŻYCIA PODPIS PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/OPIEKUNA PRAWNEGO

UPOWAŻNIENIE DO UZYSKANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA

Upoważniam ZAMIESZKAŁA/EGO
NR TELEFONU E-MAIL

do uzyskania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeń zdrowotnych dotyczących w/w Pacjenta od podmiotu leczniczego New Portland Medical Sp. z o.o..

UPOWAŻNIENIA DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Upoważniam ZAMIESZKAŁA/EGO
NR TELEFONU E-MAIL

do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej w/w Pacjenta od podmiotów leczniczych New Portland Medical Sp. z o.o..

Upoważniam ZAMIESZKAŁA/EGO
NR TELEFONU E-MAIL

do uzyskania dokumentacji medycznej po śmierci w/w Pacjenta, posiadanej przez podmiot New Portland Medical Sp. z o.o..

DATA MIEJSCOWOŚĆ

PODPIS PACJENTA, KTÓRY UKOŃCZYŁ 16 ROK ŻYCIA PODPIS PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/OPIEKUNA PRAWNEGO