

KARTA REJESTRACYJNA PACJENTA DOROSŁEGO

DANE OSOBOWE

Imię _____ Nazwisko _____

Płeć ☐ K ☐ M Data urodzenia -- PESEL

W przypadku braku nr PESEL:

seria i numer paszportu _____ Obywatelstwo (kraj) _____

DANE ADRESOWE I KONTAKTOWE

Adres zamieszkania w Polsce ☐ brak adresu zamieszkania w Polsce

Ulica _____ Nr budynku _____ Nr lokalu _____

Kod pocztowy _____ Miejscowość _____

Nr telefonu kontaktowego (+48) _____

Adres email _____

Zgodnie z art. 24 ustawy o ochronie danych osobowych z dn. 29 sierpnia 1997 r. (Dz. U. 2014 r. poz. 1182, ze zm.), FEBUMED Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ul. Bobrowieckiej 1 (00-728 Warszawa), wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. St. Warszawy w Warszawie pod numerem KRS 0000962300, jako administrator danych informuje, iż Pana/Pani dane osobowe – w zakresie podanym w karcie rejestracji pacjenta – są zbierane w celu świadczenia usług medycznych.

Przysługuje Panu/Pani prawo wglądu do treści tych danych oraz ich aktualizowania. Podanie danych ma charakter dobrowolny, jednak dane są niezbędne do prawidłowego wykonania usług.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przysyłanie mi przez FEBUMED Sp. z o.o. za pomocą środków komunikacji elektronicznej (poczty elektronicznej i/lub telefonu, w tym sms – tylko na polski numer telefonu) informacji (potwierdzenie, odwołanie, zmiana grafiku) o planowanych wizytach lekarskich, badaniach i zabiegach.

☐ **Wyrażam zgodę** ☐ **Nie wyrażam zgody**, aby wyniki moich badań i/lub moja dokumentacja medyczna były wysyłane drogą elektroniczną na wskazany powyżej **adres e-mail**.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że moje dane osobowe będą przetwarzane przez FEBUMED sp. z o. o., zgodnie z klauzulą informacyjną dla pacjentów FEBUMED, udzieloną mi w związku z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 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 dalej: "RODO". Treść klauzuli dostępna jest na recepcji placówek medycznych FEBUMED oraz na stronie internetowej www.febumed.pl/polityka-prywatnosci

--

Data podpisu

Czytelny podpis pacjenta

Imię i nazwisko: _____ PESEL

ZGODY MARKETINGOWE

☐ **Wyrażam zgodę** ☐ **Nie wyrażam zgody** na przetwarzanie wskazanego przeze mnie powyżej **numeru telefonu** w celach marketingowych, w tym do informowania o nowych produktach/usługach oraz promocjach FEBUMED.

☐ **Wyrażam zgodę** ☐ **Nie wyrażam zgody** na przetwarzanie wskazanego przeze mnie powyżej **adresu e-mail** w celach marketingowych w tym do informowania o nowych produktach/usługach oraz promocjach FEBUMED.

--

Data podpisu

Czytelny podpis pacjenta

UPOWAŻNIENIE DO DOSTĘPU / ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Oświadczam, iż zostałem/-am zapoznany/-a z uprawnieniami wynikającymi z art. 26. Ustawy w dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2019 r. poz. 1127 ze zm.), w związku z czym:

1. Do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, zgodnie z art. 9 ust. 3 ww ustawy:

☐ **nie upoważniam nikogo**

☐ **upoważniam** _____
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

Data urodzenia osoby upoważnionej --

2. Do uzyskania dostępu do mojej dokumentacji medycznej, stosownie do treści art. 26 ust. 1 w/w ustawy (w szczególności do wyników badań, recept, wyników konsultacji):

☐ **nie upoważniam nikogo**

☐ **upoważniam** _____
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

Data urodzenia osoby upoważnionej --

3. Świadomy/a, iż zgodnie z postanowieniami w/w ustawy, po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna udostępniona jest osobie upoważnionej przez pacjenta za życia, a także osobom bliskim pacjenta, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się pacjent, oświadczam, że:

☐ **nie upoważniam nikogo** do dostępu do dokumentacji medycznej po mojej śmierci

☐ **pozostawiam upoważnienie** dla osób upoważnionych za życia, a także moim bliskim

Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a o możliwości cofnięcia udzielonych zgód i upoważnień.

--

Data podpisu

Czytelny podpis pacjenta

WYPEŁNIA PRACOWNIK FEBUMED

Stwierdzam własnoręczność podpisów złożonych w mojej obecności

(Data podpisu pracownika)

(Czytelny podpis pracownika)

