

РЕЕСТРАЦІЙНА АНКЕТА ДОРОСЛОГО ПАЦІЄНТА

ПЕРСОНАЛЬНІ ДАНІ

Ім'я _____ Прізвище _____

Стать ☐ Ж ☐ Ч Дата народження -- PESEL

Якщо немає № PESEL:

Серія та № закордонного паспорта _____ Громадянство (країна) _____

АДРЕСА ТА КОНТАКТНІ ДАНІ

Адреса проживання у Польщі ☐ Немає адреси проживання в Польщі

Вулиця _____ № будинку _____ № квартири _____

Поштовий індекс _____ Місто/Селище _____

Телефонний № (+48) _____

Електронна пошта _____

ТЗОВ «ФЕБУМЕД» з центральним офісом у м. Варшаві, вул. Зигмунта Модзелевського 77, 02-679 Варшава (FEBUMED Sp. z o.o., ul. Zygmunta Modzelewskiego 77, 02-679 Warszawa), зареєстровано в реєстрі підприємців, що ведеться Районним судом м. Варшави у Варшаві за № KRS 0000962300, як адміністратор даних повідомляє, що Ваші персональні дані – у обов'язку, вказаному в реєстраційній анкеті пацієнта – збираються для надання медичних послуг.

У Вас право доступу до змісту цих даних та їхнього виправлення. Передача даних є добровільною, однак дані є необхідними для правильного надання послуг.

Я заявляю, що даю згоду на відправку мені ТЗОВ «ФЕБУМЕД» за допомогою засобів електронного зв'язку (електронної пошти та/або телефону, в тому числі СМС – лише на польський телефонний номер) інформації (підтвердження, відміна, зміна графіку) про майбутні візити, аналізи та процедури.

☐ **Погоджуюсь** ☐ **Не погоджуюсь**, щоби результати моїх аналізів та/або моя медична документація відправлялися електронною поштою за **вищевказаною адресою**.

Заявляю, що мені було повідомлено, що мої персональні дані оброблятимуться ТЗОВ «ФЕБУМЕД», відповідно до інформаційного застереження для пацієнтів «ФЕБУМЕД», наданого мені відповідно до Регламенту Європейського Парламенту і Ради (ЄС) 2016/679 від 27 квітня 2016 р. щодо захисту фізичних осіб у зв'язку з опрацюванням персональних даних і норм про вільний рух персональних даних та скасування регламенту 95/46/WE надалі: «GDPR». Зміст застереження доступний у реєстратурах медичних закладів «ФЕБУМЕД» та на сайті www.febumed.pl/polityka-prywatnosci.

--

Дата підпису

Підпис пацієнта (розбірливо)



Ім'я та прізвище: _____ PESEL

ЗГОДА З РОЗСИЛКОЮ

☐ **Погоджуюсь** ☐ **Не погоджуюсь** на обробку вказаного мною **телефонного номеру** для маркетингових цілей: інформування про нові продукти/послуги та акції «ФЕБУМЕД» тощо.

☐ **Погоджуюсь** ☐ **Не погоджуюсь** на обробку вказаної мною **адресу електронної пошти** для маркетингових цілей: інформування про нові продукти/послуги та акції «ФЕБУМЕД» тощо.

-

Дата підпису

Підпис пацієнта (розбірливо)

ДОЗВІЛ НА ДОСТУП/ВИДАЧУ МЕДИЧНОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ

1. Отримувати інформацію про мій стан здоров'я та надані мені медичні послуги, відповідно до ст. 9 ч. 3 Закону Польщі від 6 листопада 2008 р. «Про права пацієнта та Омбудсмена прав пацієнта» (Журнал законів за 2019 р., поз. 1127 зі змінами.):

☐ **не надаю дозвіл**

☐ **надаю дозвіл** (кому?) _____

(ім'я та прізвище уповноваженої особи)

Дата народження уповноваженої особи -

2. Отримати доступ до моєї медичної документації, відповідно до змісту ст. 26, ч. 1 Закону Польщі від 6 листопада 2008 р. «Про права пацієнта та Омбудсмена прав пацієнта» (Журнал законів за 2019 р., поз. 1127 зі змінами.) (зокрема стосовно результатів досліджень, рецептів, результатів консультації)

☐ **не надаю дозвіл**

☐ **надаю дозвіл** (кому?) _____

(ім'я та прізвище уповноваженої особи)

Дата народження уповноваженої особи -

3. Усвідомлюючи, що згідно з положеннями вищеназваного закону, після смерті пацієнта медична документація надається особі, що була уповноважена пацієнтом при житті, а також близьким пацієнта, якщо супротив стосовно її розповсюдження не виразив пацієнт, заявляю, що:

☐ **не надаю дозвіл** на доступ до медичної документації після моєї смерті будь-ким

☐ **залишаю дозвіл** особам, що були уповноважені мною при житті, а також моїм близьким

Заявляю, що мені було повідомлено про можливість відкликати надані згоди та повноваження.

-

Дата підпису

Підпис пацієнта (розбірливо)

ЗАПОВНЮЄ ПРАЦІВНИК «ФЕБУМЕД» Власноручність підписів, поставлених у моїй присутності, підтверджую

Дата підпису працівника

Підпис працівника (розбірливо)

