

Formularz rejestracyjny

Pacjent: Imię: Nazwisko:

Imię i nazwisko opiekuna prawnego dziecka (w przypadku gdy pacjentem jest dziecko)

Adres zamieszkania z kodem pocztowym:

Pesel: Tel.: Email:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych firmy Laryngologia i Aparaty Słuchowe Ośrodek Zabiegowy i Diagnostyczny spółka cywilna z siedzibą przy ul. Dolna Wilda 16, 61-552 Poznań, w celu:

1. realizacji usług medycznych w tym przeprowadzanie stosownych badań, a w przypadku konieczności także wszelkich zabiegów operacyjnych w tym procedur anestezyjologicznych, znieczulania i innych świadczeń zdrowotnych w rozumieniu ustawy z dnia 6.11.2008 roku o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21.12.2010 roku.
TAK [] NIE []
2. przekazania w uzasadnionym przypadku danych osobowych w związku z koniecznością przeprowadzenia specjalistycznego badania przez stosowne laboratorium, ambulatorium, szpitala lub innej placówki medycznej o podobnym charakterze.
TAK [] NIE []
3. marketingowym, w tym również w celu marketingu bezpośredniego, wykorzystując do tego urządzenia końcowe zgodnie z art. 172 ustawy z dnia 16.07.2004 roku Prawo Telekomunikacyjne (Dz.U. 2004 nr 171 poz.1800) TAK [] NIE []

Wyrażam zgodę na otrzymywanie drogą elektroniczną, na podany powyżej adres e-mail:

1. informacji medycznej związanych ze świadczeniem usług medycznych TAK [] NIE []
2. informacji handlowych TAK [] NIE []

wysyłanych przez Laryngologia i Aparaty Słuchowe Ośrodek Zabiegowy i Diagnostyczny spółka cywilna z siedzibą przy ul. Dolna Wilda 16, 61-552 Poznań, w imieniu własnym oraz na zlecenie innych osób. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że zostałem poinformowany, że mam prawo cofnąć zgodę w każdym czasie (dane przetwarzane są do czasu cofnięcia zgody). Mam prawo dostępu do danych, sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo sprzeciwu, prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego lub przeniesienia danych. Administratorem jest Laryngologia i Aparaty Słuchowe Ośrodek Zabiegowy i Diagnostyczny spółka cywilna z siedzibą przy ul. Dolna Wilda 16, 61-552 Poznań.

.....
Data i czytelny podpis

1. W razie nagłego wypadku proszę powiadomić następującą osobę, jednocześnie wyrażam zgodę na udzielenie tej osobie informacji o moim stanie zdrowia / stanie zdrowia mojego dziecka * i informacji o udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych:

Imię i nazwisko: Tel.:

Email:

.....
Data i czytelny podpis

2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań lub udzielanie innych świadczeń zdrowotnych, na zasadach określonych w ustawie z dnia 6.11.2008 roku o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21.12.2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania w firmie Laryngologia i Aparaty Słuchowe Ośrodek Zabiegowy i Diagnostyczny spółka cywilna z siedzibą przy ul. Dolna Wilda 16, 61-552 Poznań.

.....
Data i czytelny podpis

3. Oświadczam, osobą do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej **mojej osoby / mojego dziecka *** jest:

Imię i nazwisko: Adres :

Email: Tel. PESEL

.....
Data i czytelny podpis

4. Oświadczam, że osobą upoważnioną do otrzymywania informacji o **stanie mojego zdrowia / stanie zdrowia mojego dziecka*** i udzielonych mi/dziecku* świadczeniach zdrowotnych lub wynikach badań

Imię i nazwisko: Adres :

Email: Tel. PESEL

.....
Data i czytelny podpis

* niepotrzebne skreślić