

Karta rejestracji pacjenta

ID Pacjenta

1 Dane osobowe

Imię Nazwisko

Płeć Kobieta Mężczyzna Data urodzenia - - PESEL

Rodzaj dokumentu tożsamości Dowód osobisty Paszport Inny (podać jaki)

Seria i numer dokumentu tożsamości Obywatelstwo

Oddział wojewódzki NFZ (jeśli dotyczy)

2 Dane kontaktowe

Adres zamieszkania

Ulica Nr budynku Nr lokalu

Kod pocztowy Miejscowość Kraj

Adres korespondencyjny (jeśli inny niż powyżej)

Ulica Nr budynku Nr lokalu

Kod pocztowy Miejscowość Kraj

Nr telefonu komórkowego

Nr telefonu stacjonarnego

Adres email

3 Uprawiane sporty

Dyscyplina Amatorsko Wyczynowo Zawodowo

Dyscyplina Amatorsko Wyczynowo Zawodowo

4 Płatnik (np. towarzystwo ubezpieczeniowe jeśli dotyczy)

Nazwa płatnika Numer NIP płatnika

Ulica Nr budynku Nr lokalu

Kod pocztowy Miejscowość Kraj

Zgodnie z art. 24 ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz. U. 2014 r. poz. 1182, ze zm.), Sport Medica S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Pory 78 (02-757 Warszawa), jako administrator danych informuje, iż Państwa dane osobowe - w zakresie podanym w karcie rejestracji pacjenta - są zbierane w celu świadczenia usług medycznych.

- -
Data

Przysługuje Państwu prawo wglądu do treści tych danych oraz ich aktualizowania. Podanie danych ma charakter dobrowolny, jednak dane są konieczne do prawidłowego wykonania usługi.

* Wyrażam zgodę na przesyłanie mi przez Sport Medica S.A. za pomocą środków komunikacji elektronicznej (poczty elektronicznej i/lub telefonu, w tym sms) informacji o planowanych wizytach lekarskich, badaniach i zabiegach.

Podpis osoby składającej oświadczenie
(czytelny)

* Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu obejmujących wyłącznie: imię, nazwisko, datę urodzenia, telefon oraz adres elektroniczny w celach marketingowych oraz oferowania i sprzedaży usług i produktów przez:

- -
Data

* Sport Medica S.A. z siedzibą w Warszawie ul. Pory 78.

* LUX MED sp. z o.o. z siedzibą przy ul. Postępu 21C, 02-676 Warszawa.

* Wyrażam zgodę na przesyłanie przez Sport Medica S.A. i/lub LUX MED. sp. z o.o. informacji handlowych drogą elektroniczną, zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz.U. z 2002 r. Nr 144, poz. 1204 z późn. zm.).

Oświadczam, że zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182, ze zm) zostałam/em poinformowany, że podanie danych w celach marketingowych jest dobrowolne, że przysługuje mi prawo dostępu do treści tych danych i prawo ich poprawiania, o prawie pisemnego żądania zaprzestania przetwarzania danych w celach marketingowych, jak również sprzeciwu, które to uprawnienia przysługują w stosunku do każdego z ww. podmiotów.

Podpis osoby składającej oświadczenie
(czytelny)

(* prosimy wstawić znak X w przypadku wyrażenia zgody

Oświadczenie Pacjenta o upoważnieniu / odmowie upoważnienia do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i dokumentacji medycznej

Pacjenta* Przedstawiciela Ustawowego*

Ja, niżej podpisany imię nazwisko
legitymujący się dokumentem tożsamości dowód osobisty* paszport* seria numer
Numer PESEL lub data urodzenia - -
Imię i nazwisko dziecka**
Numer PESEL dziecka** lub data urodzenia dziecka** - -

Oświadczam, że do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia / stanie zdrowia mojego dziecka oraz udzielonych świadczeniach zdrowotnych

nie upoważniam nikogo* upoważniam Panią/Pana*

imię nazwisko
legitymującego się dokumentem tożsamości dowód osobisty* paszport* seria numer
Numer PESEL lub data urodzenia - -

Udostępniam także kontakt z niniejszą osobą upoważnioną:

Ulica Nr budynku Nr lokalu
Kod pocztowy Miejscowość Kraj
Nr telefonu

Oświadczam, że do uzyskiwania dokumentacji medycznej (w tym wyników badań):

nie upoważniam nikogo* upoważniam Panią/Pana*

imię nazwisko
legitymującego się dokumentem tożsamości dowód osobisty* paszport* seria numer
Numer PESEL lub data urodzenia - -

Udostępniam także kontakt z niniejszą osobą upoważnioną:

Ulica Nr budynku Nr lokalu
Kod pocztowy Miejscowość Kraj
Nr telefonu

Oświadczam, że zostałam/em poinformowany, iż wszelkie informacje o stanie zdrowia, udzielanych świadczeniach medycznych oraz dokumentacja medyczna udostępniane są pacjentowi, przedstawicielowi ustawowemu oraz osobom przez niego upoważnionym. Brak upoważnienia uniemożliwi powyższe czynności.

- -
Data

- -
Data

Podpis Upoważniającego
(czytelny)

Podpis Przyjmującego oświadczenie
(czytelny)

W przypadku osoby małoletniej, która ukończyła 16 rok życia oświadczenie winno być podpisane zarówno przez pacjenta jak i jego przedstawiciela ustawowego.

(* Proszę zaznaczyć właściwie.

(**) Proszę wypełnić jeżeli dotyczy.