



## Karta rejestracji pacjenta – Patient registration form

ID Pacjenta

### 1 Dane osobowe – Personal data

Imię - Name  Nazwisko- Surname

Płeć - Sex  K /Female  M /Male Data urodzenia Date of birth  PESEL

Rodzaj dokumentu tożsamości Type of ID document  Dowód osobisty - ID  Paszport - Passport  Inny (podać jaki) Other (give name)

Seria i numer dokumentu tożsamości Series/Number of document  Obywatelstwo - Citizenship

Oddział wojewódzki NFZ (jeśli dotyczy) Provincial branch of the NFZ (if applicable)

### 2 Dane kontaktowe – Contact details

#### Adres zamieszkania – Address of residence

Ulica - street  Nr domu – house number  Nr lokalu – flat number

Kod pocztowy – Zip code  Miejscowość – City/town  Kraj - Country

#### Adres korespondencyjny (jeśli inny niż powyżej) – Mailing address (if different from above)

Ulica - street  Nr domu – house number  Nr lokalu – flat number

Kod pocztowy – Zip code  Miejscowość – City/town  Kraj - Country

#### Dane kontaktowe – Contact details

Nr tel. kom. - Cell phone number  Nr telefonu stacjonarnego – Home phone number

Adres e-mail – E-mail address

### 4 Płatnik – Payer (i.e. insurance company if applicable)

Nazwa płatnika Payer's name  Numer NIP płatnika Payer's tax number

Ulica - street  Nr domu – house number  Nr lokalu – flat number

Kod pocztowy – Zip code  Miejscowość – City/town  Kraj - Country

TAK/YES NIE/NO

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Sport Medica S.A. i innych podmiotów z Grupy LUX MED komunikacji marketingowej, której celem jest w szczególności promocja usług oraz towarów oferowanych przez te podmioty, informowanie o wydarzeniach dotyczących ich działalności oraz promowanie zdrowotnego stylu życia, przy wykorzystaniu moich danych:  
agree to receive marketing communications from Sport Medica S.A. and other companies of the LUX MED Group intended to promote the services offered by these companies, to inform about events related to their activities and to promote a healthy lifestyle, using my personal data:

TAK/YES NIE/NO

adres e-mail (e-mail address)

TAK/YES NIE/NO

numer telefonu (telephone number)

TAK/YES NIE/NO

Wyrażam wobec Sport Medica S.A. oraz innych podmiotów z Grupy LUX MED zgodę na przetwarzanie w celach marketingowych, w tym poprzez profilowanie, moich danych osobowych pozyskanych w trakcie zamawiania, korzystania z usług tych podmiotów lub pozostawianych przeze mnie na ich formularzach kontaktowych. Niniejsza zgoda dotyczy wszelkich danych dotyczących mojej osoby, w tym informacji o sposobie korzystania przeze mnie z usług w/w podmiotów.  
I hereby give my consent to Sport Medica S.A. and other LUX MED Group companies to process for marketing purposes, including profiling, my personal data obtained from ordering processes or by using the services of these companies, or which I myself disclosed on their contact forms. This consent applies in particular to all my personal details, which include information about the way I use the services of the above-mentioned companies

Data - date

Podpis osoby składającej oświadczenie  
Signature of the person who submits  
the declaration (legible)



## Oświadczenie pacjenta o upoważnieniu / odmowie upoważnienia do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i dokumentacji medycznej Patient's statement of authorization / denial of authorization to obtain information / medical records

Pacjenta - Patient  Przedstawiciela Ustawowego – Legal guardian / representative \*

Ja, niżej podpisany / the undersigned Imię – Name \_\_\_\_\_ Nazwisko- Surname \_\_\_\_\_  
legitymujący się dokumentem tożsamości / holder of  dowód osobisty – ID card  Paszport - Passport seria - series \_\_\_\_\_ numer - number \_\_\_\_\_  
PESEL \_\_\_\_\_ data urodzenia – date of birth \_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko dziecka – Name and surname of a child \*\* \_\_\_\_\_  
PESEL of a child\*\* \_\_\_\_\_ data urodzenia dziecka – Child date of birth \*\* \_\_\_\_\_

Oświadczam, że do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia / stanie zdrowia mojego dziecka oraz udzielonych świadczeniach zdrowotnych  
I state that to obtain information on my / my child's\* state of health and health services:

nie upoważniam nikogo – I do NOT authorise anyone \*  upoważniam Panią/Pana – I hereby authorise Ms/Mr \*

Imię - Name \_\_\_\_\_ Nazwisko- Surname \_\_\_\_\_  
legitymującego się dokumentem tożsamości / holder of  dowód osobisty – ID card\*  Paszport – passport \* seria - series \_\_\_\_\_ numer - number \_\_\_\_\_  
PESEL \_\_\_\_\_ data urodzenia – date of birth \_\_\_\_\_

Udostępniam także kontakt z niniejszą osobą upoważnioną – I also provide this person's contact details:

Ulica - street \_\_\_\_\_ Nr domu – house number \_\_\_\_\_ Nr lokalu – flat number \_\_\_\_\_  
Kod pocztowy – Zip code \_\_\_\_\_ Miejscowość - Town \_\_\_\_\_ Kraj - Country \_\_\_\_\_  
Nr telefonu – Telephone number \_\_\_\_\_

Oświadczam, że do uzyskiwania dokumentacji medycznej (w tym wyników badań):  
I state that to obtain my / my child's\* medical records (including medical results):

nie upoważniam nikogo – I do NOT authorise anyone \*  upoważniam Panią/Pana – I hereby authorise Ms/Mr \*

Imię - Name \_\_\_\_\_ Nazwisko- Surname \_\_\_\_\_  
legitymującego się dokumentem tożsamości / holder of  dowód osobisty – ID card\*  Paszport – Passport \* seria - series \_\_\_\_\_ numer - number \_\_\_\_\_  
PESEL \_\_\_\_\_ data urodzenia - дата рождения \_\_\_\_\_

Udostępniam także kontakt z niniejszą osobą upoważnioną - I also provide this person's contact details:

Ulica - street \_\_\_\_\_ Nr domu – house number \_\_\_\_\_ Nr lokalu – flat number \_\_\_\_\_  
Kod pocztowy – Zip code \_\_\_\_\_ Miejscowość - Town \_\_\_\_\_ Kraj - Country \_\_\_\_\_  
Nr telefonu – telephone number \_\_\_\_\_

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.  
I hereby declare, I have been informed that any information about my/my child's state of health, provided health services and medical records are available only for patient, legal guardian/representative, authorized person and public authorities (e.g. court). Without authorization we would not make any of the above mentioned details available.

\_\_\_\_\_  
Data - Date

\_\_\_\_\_  
Podpis Upoważniającego  
Signature of the person completing the statement (legible)

\_\_\_\_\_  
Data - Date

\_\_\_\_\_  
Podpis Przyjmującego oświadczenie  
Signature of the person receiving the statement (legible)

W przypadku osoby małoletniej, która ukończyła 16 rok życia oświadczenie winno być podpisane zarówno przez pacjenta jak i jego przedstawiciela ustawowego.  
In case of patients aged between 16 and 18 years old the statement must be signed by patient and legal guardian/representative.

(\*) Proszę zaznaczyć właściwe. - Mark the correct one

(\*\*) Proszę wypełnić jeżeli dotyczy - Fill in if applicable