

.....
Imię i nazwisko pacjenta, numer PESEL

ZGODA PACJENTA NA KONTAKT TELEFONICZNY/E-MAIL

Niniejszym oświadczam, że WYRAŻAM ZGODĘ/ NIE WYRAŻAM ZGODY na powiadamianie mnie w formie telefonicznej lub poprzez wiadomość sms o wszelkich aspektach organizacyjno-administracyjnych związanych z funkcjonowaniem Przychodni, dotyczących mojej osoby, a w szczególności o terminach wizyt lekarskich, na numer telefonu

Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Przychodnie o wszelkich zmianach podanego powyżej numeru telefonu t j:.....

W przypadku zaniechania powyższej czynności Poradnia nie ponosi odpowiedzialności za podjęte działania zgodne z wolą pacjenta (np.: brak przekazania informacji o zmianie numeru telefonu)

.....
(Data i czytelny podpis pacjenta (rodzica lub opiekuna)

ZGODA NA INFORMOWANIE O PROWADZONYCH AKCJACH/PROGRAMACH

WYRAŻAM ZGODĘ/ NIE WYRAŻAM ZGODY* na przetwarzanie moich danych osobowych w tym : imienia, nazwiska, adresu zamieszkania a oraz numeru telefonu i adresu e-mail w celach prowadzenia akcji marketingowych (akcje/programy profilaktyczne w tym programy szczepień, edukacje pacjentów itp.) realizowanych przez Eskulap Sp. z o.o.

.....
(Data i czytelny podpis pacjenta (rodzica lub opiekuna)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zostałam/-em poinformowana/-y o prawach pacjenta przysługującym osobom korzystającym ze świadczeń zdrowotnych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, korzystających z prywatnego sektora usług medycznych oraz osobom innym niż ubezpieczeni . W szczególności są to:

- Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych
- Prawo pacjenta do informacji
- Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych
- Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych
- Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta
- Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej
- Prawo pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza
- Prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego
- Informacje dotyczące Rzecznika Praw Pacjenta

Ponadto oświadczam, iż zostałam/-em poinformowana/-y , iż szczegółowe na bieżąco aktualizowane informacje w w/w zakresie znajdują się na stronie internetowej Rzecznika Praw Pacjenta – <http://www.bpp.gov.pl> oraz na tablicy ogłoszeń w holu Poradni

.....
(Data i czytelny podpis pacjenta (rodzica lub opiekuna)

* niepotrzebne skreślić