

FORMULARZ ZGÓD I OŚWIADCZEŃ PACJENTA / GOŚCIA

Miejsce i data: _____

1. Dane Pacjenta / Gościa

- **Imię i nazwisko:** _____
- **PESEL:** _____ (lub data urodzenia w przypadku obcokrajowców)
- **Adres zamieszkania:** _____
- **Numer telefonu / E-mail:** _____

2. Oświadczenie o zapoznaniu się z informacją (Obowiązek informacyjny)

Potwierdzam, że otrzymałem/am i zapoznałem/am się z **Polityką Prywatności** (klauzulą informacyjną) Ośrodka Terapii Grunwald Stanisław Bojkowski, zawierającą informacje o Administratorze danych, celach, podstawach prawnych oraz przysługujących mi prawach, w tym prawie do dostępu, sprostowania i usunięcia danych.

TAK, zapoznałem/am się

3. Zgody na przetwarzanie danych (Proszę zaznaczyć właściwe)

A. Świadczenia zdrowotne i rehabilitacyjne (Wymagane do leczenia) Przyjmuję do wiadomości, że przetwarzanie moich danych dotyczących stanu zdrowia jest niezbędne do udzielenia świadczeń zdrowotnych i prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z przepisami prawa.

[Podpis nie jest wymagany jako oddzielna zgoda – wynika z przepisów prawa, ale potwierdzam przyjęcie do wiadomości]

B. Kontakt telefoniczny / SMS (Dobrowolne) Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego numeru telefonu w celu komunikacji związanej z rezerwacją terminu, przypomnieniem o wizycie lub organizacją pobytu w Ośrodku.

TAK | **NIE**

C. Przesyłanie dokumentacji drogą elektroniczną (Dobrowolne) Wyrażam zgodę na przesyłanie rachunków, faktur oraz (na mój wyraźny wniosek) kopii dokumentacji medycznej na podany wyżej adres e-mail w formie zabezpieczonych plików.

TAK | **NIE**

4. Upoważnienia (Opcjonalnie)

1. **Upoważniam** Pana/Panią: _____ do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach.
2. **Upoważniam** Pana/Panią: _____ do wglądu i odbioru mojej dokumentacji medycznej.

5. Podpis

.....
(Czytelny podpis Pacjenta / Opiekuna prawnego)