



**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY PACJENTA**  
(Prosimy wypełnić drukowanymi literami)

**DANE PACJENTA:**

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

.....

DATA URODZENIA PACJENTA:

.....

PESEL PACJENTA:

.....

NUMER TELEFONU:

.....

ADRES E-MAIL (opcjonalnie): .....

ADRES ZAMIESZKANIA: ULICA: .....NR ..... LOK. ....

KOD POCZTOWY: ..... MIEJSCOWOŚĆ: .....

Forma potwierdzenia zapłaty:  PARAGON  FAKTURA (prosimy podać dane do faktury poniżej)

DANE DO FAKTURY

.....

**DANE OPIEKUNA PACJENTA NIELETNIEGO**

OPIEKUN:  Rodzic  Rodzeństwo  Rodzina  Rodzina zastępcza  Opiekun prawny

IMIĘ I NAZWISKO

OPIEKUNA:.....

PESEL OPIEKUNA PACJENTA: .....

ADRES ZAMIESZKANIA: ULICA: .....NR ..... LOK. ....

UWAGA! Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6.04.2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej prowadzenia, od dnia 1.01.2021 wszystkie podmioty lecznicze podlegają obowiązkowi prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej. Podanie danych osobowych jest w pełni dobrowolne, jednakże ich niepodanie może skutkować odmową umówienia wizyty bądź udzielenia świadczenia zdrowotnego. Administrator świadcząc usługi z zakresu fizjoterapii i fizykoterapii, jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób określony przepisami prawa, w tym do oznaczenia tożsamości pacjenta z wykorzystaniem jego danych osobowych. Niepodanie numeru telefonu oraz adresu email nie wpływa na udzielanie świadczenia zdrowotnego, chociaż w wielu przypadkach usprawnia to w stopniu znaczącym komunikację i jakość świadczonych usług. Administrator zapewnia prawo dostępu do Państwa danych – można je sprostować, żądać ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. Ja, niżej podpisany/-a oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy/-ma odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie czynności diagnostyczno-terapeutycznych w celu realizacji zabiegów z zakresu fizykoterapii. Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a o wskazaniach i przeciwwskazaniach do zabiegów z zakresu fizykoterapii i fizjoterapii.

Prosimy o szanowanie czasu fizjoterapeutów! Prosimy o odwoływanie zabiegów najpóźniej w dniu poprzedzającym wizytę do godz. 17.00, a w dni poświąteczne do godz.10.00. Opłata dodatkowa za zabieg nieodwołany w terminie wynosi 50% należności za zabieg! Przy nieodwołaniu i nie przybyciu na zaplanowany zabieg pobierane jest 100% należności za zabieg!

PODPIS PACJENTA/ OPIEKUNA: \_\_\_\_\_



**OŚWIADCZENIE O UDZIELANIU INFORMACJI DOTYCZĄCYCH STANU ZDROWIA  
I DOSTĘPIE DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ.**

1. Dostęp do dokumentacji medycznej (należy oznaczyć właściwe):

Upoważniam (prosimy uzupełnić dane poniżej):

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia: .....

Nie upoważniam nikogo

Wyrażam sprzeciw wobec dostępu do dokumentacji medycznej prze moich bliskich po mojej śmierci

2. Udzielanie informacji o świadczeniach i stanie zdrowia (należy oznaczyć właściwe):

Upoważniam (prosimy uzupełnić dane poniżej):

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia: .....

Nie upoważniam nikogo

Wyrażam sprzeciw wobec udzielania moim bliskim informacji o wykonanych mi świadczeniach oraz informacji o stanie mojego zdrowia po mojej śmierci

**DATA I PODPIS:** \_\_\_\_\_

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH I MEDYCZNYCH**

Administratorem Państwa danych osobowych, przetwarzanych w ramach objęcia świadczoną opieką zdrowotną, jest REHACARE KATARZYNA GOSEK-FERENC z siedzibą w Warszawie, przy Bysławskiej 84, 04 –993 Warszawa (dalej „Administrator”) w rozumieniu art. 4 ust. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej „RODO”). Państwa dane osobowe przetwarzane są w następującym zakresie: imię, nazwisko, płeć, data urodzenia, numer PESEL (w przypadku braku – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość), adres zamieszkania, w przypadku osoby nieletniej również dane osobowe opiekuna prawnego, dane o stanie Państwa zdrowia oraz udzielonych świadczeniach. Adres e-mail oraz numer telefonu będą przetwarzane w celach kontaktowych. Dane osobowe przetwarzane są przez Administratora w oparciu o: • art. 6 ust. 1 lit. . b i c oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO w zw. z art. 25 pkt 1 Ustawy o prawach pacjenta oraz § 10 ust. 1 pkt 2 Rozporządzenia MZ w ramach właściwej rejestracji i udzielania świadczeń zdrowotnych; • art. 9 ust. 2 lit. h RODO w zw. z art. 24 ust. 1 Ustawy o prawach pacjenta oraz Rozporządzenia MZ w ramach prowadzenia dokumentacji medycznej; • art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO, jako tzw. prawnie uzasadniony interes administratora, jakim jest kontakt w sprawie przypomnienia o wizycie, jej przełożeniu oraz informacji o wynikach prowadzonej konsultacji; Podanie danych osobowych jest w pełni dobrowolne, jednakże ich niepodanie może skutkować odmową umówienia wizyty bądź udzielenia świadczenia zdrowotnego. Administrator świadcząc usługi z zakresu fizjoterapii, jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób określony przepisami prawa, w tym do oznaczenia tożsamości pacjenta z wykorzystaniem jego danych osobowych. Niepodanie numeru telefonu oraz adresu email nie wpływa na udzielanie świadczenia zdrowotnego, chociaż w wielu przypadkach usprawnia to w stopniu znaczącym komunikację i jakość świadczonych usług. Administrator zapewnia prawo dostępu do Państwa danych – można je sprostować, żądać ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. Ja, niżej podpisany/-a oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych i medycznych

**IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:** \_\_\_\_\_

**DATA I PODPIS:** \_\_\_\_\_