**Formularz rejestracyjny pacjenta małoletniego/całkowicie ubezwłasnowolnionego**

**NZOZ Centrum Dobrej Terapii MindArt**

## Dane identyfikujące Pacjenta:

## Nazwisko pacjenta:……………………………………………………………………………………………………………………

## Imię (imiona) pacjenta:……………………………………………………………………………................................................

## Data urodzenia pacjenta:……………………………………………………………………………….........................................

## PESEL pacjenta:…………………………………………………………………………………………………..........................

Adres zamieszkania pacjenta(ulica, nr domu, nr mieszkania, kod pocztowy, miasto): …………………………………………………………………………………………………………………………………………..

## Dane identyfikujące Przedstawiciela ustawowego:

## Nazwisko przedstawiciela:…………………………………………………………………………………………………………...

## Imię (imiona) przedstawiciela:…..…………………………………………………………………..............................................

## Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego (ulica, nr domu, nr mieszkania, kod pocztowy, miasto) …………………………………………………………………………………………………………………………………………

## Dodatkowo informacje pozwalające na ustalenie tożsamości Przedstawiciela ustawowego (np. PESEL lub seria i numer dowodu tożsamości:…………………….………………………………….....................................................................

Dane kontaktowe Przedstawiciela ustawowego:

## Nr telefonu ………………………………………………………….. Adres e-mail ………………………………………………

## Dane identyfikujące drugiego Przedstawiciela ustawowego (uprawnionego do wglądu w dokumentację medyczną/otrzymywania informacji o stanie zdrowia):

## Nazwisko przedstawiciela:…………………………………………………………………………………………………………...

## Imię (imiona) przedstawiciela:…..…………………………………………………………………..............................................

## Dodatkowo informacje pozwalające na ustalenie tożsamości Przedstawiciela ustawowego (np. PESEL lub seria i numer dowodu tożsamości:…………………….………………………………….....................................................................

Dane kontaktowe drugiego Przedstawiciela ustawowego:

## Nr telefonu ………………………………………………………… Adres e-mail ………………………………………………

🞏 potwierdzam, iż został wobec mnie dokonany obowiązek informacyjny, o którym mowa w art. 12 ust. 1 - art. 13 ust. 1 – 2 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

Data ………………………………

…………………………………………………….. …………….………………………………………..

Czytelny podpis pacjenta (gdy ukończył 16 lat) Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego

❑ zweryfikowano tożsamość przedstawiciela ustawowego na podstawie okazanego dokumentu tożsamości w dniu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (uzupełnia personel podmiotu medycznego)

Podpis osoby przyjmującej oświadczenie i weryfikującej tożsamość…………………………………………

**OŚWIADCZENIA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA**

**KORZYSTAJĄCEGO Z USŁUG** **NZOZ CENTRUM DOBREJ TERAPII MINDART**

**W KRAKOWIE**

1. **Dane pacjenta:**

Imię i nazwisko…………………………………………………………………………………………………………….

PESEL………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Dane identyfikujące przedstawiciela ustawowego:**

Imię i nazwisko……………………………………………………………………………………………………………

## Dodatkowo informacje pozwalające na ustalenie tożsamości Przedstawiciela ustawowego (np. PESEL lub seria i numer dowodu tożsamości:…………………….…………………………………..........................................

1. **Działając jako Przedstawiciel ustawowy Pacjenta na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w związku z przepisami wykonawczymi wydanymi na podstawie art. 30 ust.1 wskazanej ustawy:**

**❑ nie upoważniam nikogo ❑ upoważniam niżej wymienioną osobę:**

Imię, nazwisko i dane kontaktowe osoby upoważnionej:

………………………………………………….……………………………………………………………………

**do dostępu do mojej dokumentacji medycznej w następującym zakresie:**

**❑ całość dokumentacji medycznej wytworzonej w NZOZ Centrum Dobrej Terapii NZOZ MindArt**

**❑ wybrany fragment dokumentacji medycznej wytworzonej w NZOZ Centrum Dobrej Terapii NZOZ MindArt** (wskazać poniżej szczegółowy zakres, tj. nazwę poradni, specjalisty, rodzaj dokumentacji)

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

…………………… ………………………………………………………………

Data Czytelny podpis Przedstawiciela ustawowego Pacjenta

1. **Działając jako Przedstawiciel ustawowy Pacjenta sprzeciwiam się udostępnianiu dokumentacji medycznej Pacjenta następującej osobie/osobom:**

Imię i nazwisko: …………………….……………………………………………………………………………….

…………………… ………………………………………………………………

Data Czytelny podpis Przedstawiciela ustawowego Pacjenta

Podpis osoby przyjmującej oświadczenie……………………………………………………………………….

**OŚWIADCZENIA PACJENTA**

**KORZYSTAJĄCEGO Z USŁUG NZOZ CENTRUM DOBREJ TERAPII MINDART**

**W KRAKOWIE**

1. **Dane Pacjenta:**

Imię i nazwisko…………………………………………………………………………………………………………….

PESEL………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Dane identyfikujące Przedstawiciela ustawowego:**

Imię i nazwisko……………………………………………………………………………………………………………

## Dodatkowo informacje pozwalające na ustalenie tożsamości Przedstawiciela ustawowego (np. PESEL lub seria i numer dowodu tożsamości:…………………….…………………………………..........................................

1. **Działając jako Przedstawiciel ustawowy Pacjenta na podstawie art. 9 ust. 3 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta**

❑ **nie upoważniam nikogo** ❑ **upoważniam niżej wymienioną osobę:**

Imię, nazwisko i dane kontaktowe osoby upoważnionej:

………………………………………………….……………………………………………………………………

**do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia Pacjenta i udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych, do informowania w razie pogorszenia się stanu zdrowia lub w razie jego śmierci.**

…………………… ………………………………………………………………

Data Czytelny podpis Przedstawiciela ustawowego Pacjenta

1. **Działając jako Przedstawiciel ustawowy Pacjenta sprzeciwiam się udzielaniu informacji o stanie zdrowia Pacjenta i udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych następującej osobie/osobom:**

Imię i nazwisko: …………………….……………………………………………………………………………….

…………………… ………………………………………………………………

Data Czytelny podpis Przedstawiciela ustawowego Pacjenta

Zgodne z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania z dnia 6 kwietnia 2020 r. (Dz.U. z 2020 r. poz. 666) (rozdz.1 §8).

Podpis osoby przyjmującej oświadczenie………………………………………………………