**Formularz rejestracyjny pacjenta pełnoletniego**

**NZOZ Centrum Dobrej Terapii MindArt**

## Dane identyfikujące:

## Nazwisko ………………………………………………………………………………………………………..

## Imię (imiona) ……………………………………………………………………………………….......................

## Data urodzenia ……………………………………………………………………………………….…................

## Nr Pesel : ………………………………………………………………………………………………………

**Miejsce zamieszkania:**

## Ulica ……………………………………………………………………………………

## Nr domu ………………………………………………………………………………………

## Nr mieszkania ………………………………………………………………………………..

Kod pocztowy / Miasto………………………………………………………………………..

**Dane kontaktowe:**

## 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).

…………………………………

Czytelny podpis pacjenta

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

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

**OŚWIADCZENIA PACJENTA**

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

**W KRAKOWIE**

1. **Dane pacjenta:**

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

PESEL……………………………………………………………………………………………..

1. **Działając 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 pacjenta

1. **Sprzeciwiam się udostępnianiu dokumentacji medycznej następującej osobie/osobom:**

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

…………………… ………………………………………………………………

Data Czytelny podpis 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. **Działając 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 moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, do informowania w razie pogorszenia się stanu zdrowia lub w razie mojej śmierci.**

…………………… ………………………………………………………………

Data Czytelny podpis pacjenta

1. **Sprzeciwiam się udzielaniu informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych następującej osobie/osobom:**

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

…………………… ………………………………………………………………

Data Czytelny podpis 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……………………………………………………………………….