



DANE PACJENTA

Nazwisko i imię.....

PESEL.....

Adres.....

Telefon.....

Adres email do kontaktu.....

DANE MATKI DZIECKA.....

Matka dziecka jest pozbawiona władzy rodzicielskiej / ma ograniczone prawa rodzicielskie / ma pełne prawa rodzicielskie *

DANE OJCA DZIECKA.....

Ojciec dziecka jest pozbawiony władzy rodzicielskiej / ma ograniczone prawa rodzicielskie / ma pełne prawa rodzicielskie *

Oświadczam, że korzystam z pomocy psychologicznej/psychiatrycznej pierwszy raz w życiu TAK / NIE*
(* - właściwe zakreślić)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie konsultacji, terapii, badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. O prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w Centrum Psychoterapii Mental Balance

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Zgodnie z Dz. U. nr 252, poz 1697 oświadczam, że **upoważniam*** / **nie upoważniam*** (* - właściwe zakreślić)

IMIĘ I NAZWISKO.....

PESEL.....

Adres.....

Tel / email.....

1. do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i o udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych, w tym o rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu* a także do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej*
 2. nie wyrażam zgody i nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych* a także do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej*
- (* - właściwą odpowiedź zakreślić kółkiem)

Ponadto **oświadczam**, że zostałem poinformowany/na o możliwości cofnięcia / zmiany udzielonych pozwoleń. **Zobowiązuję się** do poinformowania o każdorazowej zmianie jakichkolwiek danych zawartych w niniejszym oświadczeniu. Brak aktualizacji danych powoduje, że wykorzystanie danych z niniejszego oświadczenia odczytuje się jako prawidłowe i zgodne ze stanem faktycznym.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przeprowadzenia badania/ terapii/ konsultacji specjalistycznej/ wykonywania świadczeń zdrowotnych w celu objęcia opieką psychiatryczną, psychologiczną i terapeutyczną dla potrzeb tworzenia stosownej dokumentacji medycznej określonej Ustawą.

Oświadczam, że zapoznałam/łem się z klauzulą informacyjną Centrum Psychoterapii Mental Balance na podstawie art. 13 ust 1 i 2 rozporządzenie 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) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm.).

Wyrażam zgodę na dostęp do danych zawartych w dokumentacji w celu konsultacji pomiędzy specjalistami Centrum Psychoterapii Mental Balance zaangażowanymi w proces terapeutyczny.

Oświadczam, że zapoznałam/łem się i akceptuję regulamin Centrum Psychoterapii Mental Balance (dostępny do wglądu u kierownika lub w siedzibie CPMB)

.....
(data i czytelny podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego)

