

Karta Rejestracji Pacjenta

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

ulica: nr: kod pocztowy:

miasto: gmina:

PESEL*:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

****Jeżeli PESEL nie został nadany proszę wpisać datę urodzenia i nr dokumentu tożsamości:***

data urodzenia: nr dok. tożsamości:

Numer telefonu: Adres email:

Rodzaj badania / konsultacji : **Usługi Psychologiczne**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w Karcie Rejestracji Pacjenta przez Firmę KLINIKA PSYCHOLOGII Seweryn Korczak zarejestrowanej w CIDG na terenie Rzeczypospolitej Polskiej pod nr NIP 9661777003, Regon: 147276975, w zakresie potrzebnym do udzielania usług psychologicznych (zgodnie z Ustawą z dnia 10.05.2018r. o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity Dz. U. z 2018r. poz.1000, Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji oraz sposobu jej oznaczania z dnia 9 listopada 2015r. oraz Ustawą z dnia 6 listopada 2008r. o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

.....
data i czytelny podpis pacjenta (lub opiekuna prawnego)

Zgodnie z art.7 ust.2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016r. wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Firmę „Klinika Psychologii Seweryn Korczak” zarejestrowaną w CIDG na terenie Rzeczypospolitej Polskiej pod nr NIP 9661777003, Regon: 147276975 adres do korespondencji PLAC KONSTYTUCJI 5 lok. 31, 00-657 Warszawa, w zakresie potrzebnym do korzystania z usług psychologicznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dot. planowanych wizyt (tj. umawiania, potwierdzania, zmiany terminu).

Wyrażam również zgodę na otrzymanie emaila dotyczącego badania zadowolenia pacjenta (jest to dla nas ważne w celu podnoszenia jakości naszych usług) i informacji na temat naszych usług.

Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda jest dobrowolna, świadoma, przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie oraz prawo dostępu do moich danych, sprostowania ich bądź usunięcia.

Dane nie będą udostępniane innym podmiotom, z wyjątkiem: podmiotów współpracujących z firmą KLINIKA PSYCHOLOGII SEWERYN KORCZAK w ramach serwisu systemu informatycznego, osób współpracujących, dostawcom usług księgowych - faktury) oraz wyłącznie na pisemny wniosek uprawnionych podmiotów leczniczych w celu zapewnienia ciągłości leczenia i należytego świadczenia usług zdrowotnych pacjentom.

Dane osobowe nie będą przekazywane do państw znajdujących się poza Europejskim Obszarem Gospodarczym oraz nie będą profilowane.

Oświadczam, że zostałem zapoznany z klauzurą RODO oraz regulaminem Gabinetu Psychoterapii Klinika Psychologii i zobowiązuję się go przestrzegać.

.....
czytelny podpis pacjenta (lub opiekuna prawnego)

Dodatkowo wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w Karcie Rejestracji Pacjenta przez Firmę GABINET PSYCHOTERAPEUTYCZNY MAŁGORZATA ŁOMŻA-SOKOŁOWSKA, zarejestrowaną w CIDG pod nr NIP: 7971634254, Regon: 141190570 pod adresem ul. Kościelna 2/1, 05-600 Grójec, w zakresie potrzebnym do udzielania usług psychologicznych (zgodnie z Ustawą z dnia 10.05.2018r. o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity Dz. U. z 2018r. poz.1000, Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji oraz sposobu jej oznaczania z dnia 9 listopada 2015r. oraz Ustawą z dnia 6 listopada 2008r. o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

.....
data i czytelny podpis pacjenta (lub opiekuna prawnego)

Zgodnie z art.7 ust.2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016r. wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Firmę „GABINET PSYCHOTERAPEUTYCZNY MAŁGORZATA ŁOMŻA-SOKOŁOWSKA”, zarejestrowaną w CIDG pod nr NIP: 7971634254, Regon: 141190570 pod adresem ul. Kościelna 2/1, 05-600 Grójec, w zakresie potrzebnym do korzystania z usług psychologicznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dot. planowanych wizyt (tj. umawiania, potwierdzania, zmiany terminu).

.....
czytelny podpis pacjenta (lub opiekuna prawnego)