

Karta Rejestracji Pacjenta

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

ulica: nr domu/ nr lokalu

kod pocztowy:, miejscowość: gmina:

PESEL*:

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

Numer telefonu: Adres email:

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

data urodzenia: nr dok. tożsamości:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w Karcie Rejestracji Pacjenta przez **Poradnię Zdrowia Psychicznego Klinika Psychologii sp. z o.o.** z siedzibą przy ul. Marszałkowskiej 8 lok. 11, 00-590 Warszawa, wpisaną do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0001266070, NIP 7011331537, w zakresie potrzebnym do udzielania świadczeń zdrowotnych, usług psychologicznych i oddziaływań terapeutycznych (zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w szczególności Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO), ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych, ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz przepisami dotyczącymi prowadzenia dokumentacji medycznej).

Zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez **Poradnię Zdrowia Psychicznego Klinika Psychologii sp. z o.o.** z siedzibą przy ul. Marszałkowskiej 8 lok. 11, 00-590 Warszawa, KRS 0001266070, NIP 7011331537, w zakresie potrzebnym do korzystania ze świadczeń zdrowotnych, usług psychologicznych, psychoterapeutycznych oraz innych usług oferowanych przez podmiot leczniczy, a także na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dotyczących planowanych wizyt (w szczególności umawiania, potwierdzania i zmiany terminów wizyt).

Wyrażam zgodę na realizację świadczeń zdrowotnych, konsultacji psychologicznych oraz psychoterapii z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość (online). Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o zasadach bezpieczeństwa, ograniczeniach i warunkach udzielania świadczeń w tej formie.

Oświadczam, że zostałem/am zapoznany/a z Klauzulą Informacyjną RODO oraz Regulaminem Organizacyjnym **Poradni Zdrowia Psychicznego Klinika Psychologii sp. z o.o.** i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

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

Wyrażam również zgodę na otrzymywanie wiadomości e-mail dotyczących badania satysfakcji pacjenta (w celu podnoszenia jakości świadczonych usług) oraz informacji dotyczących usług oferowanych przez Poradnię. Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda jest dobrowolna i świadoma, przysługuje mi prawo do jej wycofania w każdym czasie, a także prawo dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, usunięcia oraz wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Dane osobowe nie będą udostępniane innym podmiotom, z wyjątkiem podmiotów współpracujących z **Poradnią Zdrowia Psychicznego Klinika Psychologii sp. z o.o.** w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych, obsługi systemów informatycznych, podmiotów świadczących usługi na rzecz Administratora (w tym usługi księgowe, prawne oraz informatyczne), osób współpracujących przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz podmiotów uprawnionych na podstawie obowiązujących przepisów prawa, w szczególności innych podmiotów leczniczych w zakresie niezbędnym do zapewnienia ciągłości leczenia i prawidłowej realizacji świadczeń zdrowotnych.

Dane osobowe nie będą przekazywane do państw znajdujących się poza Europejskim Obszarem Gospodarczym, chyba że będzie to wynikało z wykorzystywanych narzędzi teleinformatycznych przy zapewnieniu odpowiednich zabezpieczeń wymaganych przez przepisy RODO. Dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji ani profilowaniu.

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