

Zgoda na hospitalizację

Imię	Adres zamieszkania
Nazwisko	
Nr PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Numer dowodu tożsamości*	
Adres e-mail	

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na przyjęcie mnie do Szpitala Rehasport i na proponowane leczenie. Zostałem/am zapoznany z Kartą Praw Pacjenta oraz innymi przysługującymi mi prawami i obowiązkami. Miałem/am możliwość zadawania pytań dotyczących mojego leczenia, a treść udzielonych odpowiedzi jest dla mnie zrozumiała. Wyrażam zgodę na pobranie krwi laboratoryjnie (HCV, HBV, HIV) w przypadku zakłucia personelu medycznego.

Imię i nazwisko pacjenta	Podpis pacjenta i/lub jego przedstawiciela ustawowego, i/lub opiekuna faktycznego
Miejscowość i data	

OŚWIADCZENIE O ZGODZIE NA UDZIELANIE INFORMACJI O STANIE ZDROWIA

Ja, imię, nazwisko

Upoważniam poniżej wskazane osoby

Nie upoważniam nikogo

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych:

Imię i nazwisko
Adres zamieszkania
Telefon kontaktowy

OŚWIADCZENIE O ZGODZIE DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, imię, nazwisko

Upoważniam poniżej wskazane osoby

Nie upoważniam nikogo

do uzyskiwania dokumentacji medycznej odnoszącej się do mnie:

Imię i nazwisko
PESEL
Numer dowodu tożsamości*

Miejscowość i data	Podpis pacjenta i/lub jego przedstawiciela ustawowego, i/lub opiekuna faktycznego
--------------------	--

*dane zbierane w przypadku osób, które nie mają nadanego nru PESEL



KLAUZULA INFORMACYJNA

Informacje podstawowe dotyczące przetwarzania danych osobowych	
Administrator danych	Rehasport Clinic Sp. z o.o., ul. Górecka 30, 60-201 Poznań
Cele przetwarzania	Objęcie umową na udzielanie świadczeń zdrowotnych, świadczenie usług medycznych oraz zarządzanie świadczeniami medycznymi, objęcie umową na wynajem i użyczenie sprzętu medycznego, sprzedaży produktów medycznych, marketing bezpośredni usług własnych administratora danych (w tym profilowanie), rozliczenia finansowe i windykacja, obsługa reklamacyjna, archiwizacja i statystyka, prowadzenie badań naukowych
Podstawy prawne przetwarzania	obowiązek prawny / umowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych lub wynajem sprzętu medycznego / nasz uzasadniony interes/ Twoja zgoda
Odbiorcy danych	Podmioty przetwarzające dane osobowe w imieniu administratora danych, podmioty uprawnione przepisami prawa, podmioty upoważnione przez Ciebie
Źródła danych i uzyskiwane dane	Podmiot, który zawarł umowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych (dotyczy osób, dla których świadczone są usługi w ramach kontraktów partnerskich), osoba fizyczna, która zawarła umowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
Prawa związane z przetwarzaniem danych	prawo do sprzeciwu wobec przetwarzania danych w celach marketingowych, prawo do sprzeciwu wobec przetwarzania danych ze względu na szczególną sytuację, prawo do przenoszenia danych, prawo dostępu do danych, inne prawa, o których mowa w szczegółowej informacji o przetwarzaniu danych.
Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez Rehasport Clinic Sp. z o.o., ul. Górecka 30, 60-201 Poznań, dostępne są na stronie www.rehasport.pl/klauzula-informacyjna i w dziale obsługi Pacjenta Rehasport Clinic Sp. z o.o.	