

**KARTA REJESTRACJI PACJENTA**

**Nazwisko:**

**Imię/Imiona:**

**Płeć\*: kobieta / mężczyzna**

**\* niepotrzebne skreślić**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**PESEL:**

(w przypadku braku – nazwa, seria i numer dok. stwierdzającego tożsamość)

**Adres miejsca zamieszkania:**

**Kod pocztowy i miejscowość:**

**Numer telefonu: (+  )**

**Adres e-mail opcjonalne:**

Administratorem Danych Osobowych jest **Hipermedica Centrum Medyczne spółka z ograniczoną odpowiedzialnością**, ul. Aleja Komisji Edukacji Narodowej 94/U5, 02-777 Warszawa. Administrator przetwarza dane osobowe w celu realizacji usług medycznych zgodnie z nałożonymi na niego obowiązkami wynikającymi z przepisów prawa, w tym doprowadzenia dokumentacji medycznej, udzielania świadczeń zdrowotnych oraz zarządzania udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi przez Administratora. Dane osobowe będą udostępniane wyłącznie osobom i podmiotom uprawnionym do ich przetwarzania, zgodnie z przyjętymi przez Administratora standardami przetwarzania danych osobowych i przyjętą polityką bezpieczeństwa.

**Niniejszym wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych** na zasadach określonych w ustawie o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z Klauzulą Informacyjną oraz jej treść jest dla mnie zrozumiała.

Warszawa,

 (data i podpis)

**UPOWAŻNIENIA**

**Upoważnienie może być odwołane w dowolnym momencie, bez wpływu na dotychczasową ważność przetwarzania danych. Upoważnienie może być odwołane w recepcji Podmiotu Leczniczego oraz w formie opisanej w Klauzuli Informacyjnej.**

1. **Upoważniam / nie upoważniam nikogo\*** do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych w Hipermedica Centrum Medyczne spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Warszawie przy ul. Aleja Komisji Edukacji Narodowej 94/U5, 02-777 Warszawa, NIP 9512556805, REGON 52388841 będącej podmiotem leczniczym wpisanym do rejestru podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą, pod numerem księgi rejestrowej 000000260848 prowadzonej przez Wojewodę Mazowieckiego.

(Imię i nazwisko, data urodzenia, telefon kontaktowy)

1. **Upoważniam / nie upoważniam nikogo\***do dostępu do dokumentacji medycznej i wyników badań

(Imię i nazwisko, data urodzenia, telefon kontaktowy)

1. **Upoważniam / nie upoważniam nikogo\***do odbioru recept lub zleceń wystawionych w ramach realizacji mojego prawa do świadczeń opieki zdrowotnej

(Imię i nazwisko, data urodzenia, telefon kontaktowy)

**Niniejszym potwierdzam powyższe oświadczenia.**

Warszawa,

 (data i podpis)