

Ja niżej podpisana (y).....PESEL.....

Legitymująca(y) się dowodem osobistym/paszportem nr.....

1. Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody* na przyjęcie do Poradni Rehabilitacyjnej/ Oddziału Rehabilitacji Diennej*, wstępne badania diagnostyczne i działania lecznicze

.....
Data

.....
Podpis pacjenta

.....
Podpis rodzica/opiekuna prawnego lub faktycznego

2. Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem Porządkowym ZS-SRNR „Gwarek” i w pełni akceptuję jego postanowienia.

.....
Data

.....
Podpis pacjenta

.....
Podpis rodzica/opiekuna prawnego lub faktycznego

3. Do zasięgnięcia informacji o stanie mojego zdrowia upoważniam/ nie upoważniam nikogo*

Nazwisko i imię osoby upoważnionej.....nr telefonu.....

Adres

4. Do uzyskania dokumentacji medycznej upoważniam/ nie upoważniam nikogo*

Nazwisko i imię osoby upoważnionej.....nr telefonu.....

Adres

.....
Data

.....
Podpis pacjenta

.....
Podpis rodzica/opiekuna prawnego lub faktycznego

5. Posiada Pani/ Pan* prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

.....
Data

.....
Podpis pacjenta

.....
Podpis rodzica/opiekuna prawnego lub faktycznego