

Załącznik nr 2 — Karta pacjenta i komplet oświadczeń: pacjent pełnoletni

A. Dane pacjenta:

Imię i nazwisko:.....

PESEL (a w razie jego braku — data urodzenia):.....

Adres zamieszkania:.....

Numer telefonu kontaktowego:.....

Adres e-mail:.....

Kanały kontaktu i przypomnienia o wizytach:

Wskazany powyżej numer telefonu i adres e-mail są kanałami potwierdzonymi — służą do kontaktu w sprawach wizyt (potwierdzenia i przypomnienia: ☐ SMS ☐ e-mail), przekazywania informacji zgodnie z upoważnieniami oraz udostępniania dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej zgodnie z Regulaminem prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej. O każdej zmianie moich danych kontaktowych zobowiązuję się niezwłocznie poinformować rejestrację.

B. Zgoda na badanie i leczenie:

Wyrażam zgodę na badanie lekarskie oraz indywidualne wizyty diagnostyczne i terapeutyczne w Poradni, prowadzone przez lekarza psychiatrę oraz innych specjalistów zaangażowanych w proces diagnostyczno-terapeutyczny. Oświadczam, że poinformowano mnie w sposób zrozumiały o celu, charakterze i zakresie planowanych badań i wizyt, o proponowanych oraz możliwych alternatywnych metodach diagnostycznych i terapeutycznych, o możliwych korzyściach i dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, a także o prawie do zadawania pytań i odmowy zgody; miałem/-am możliwość zadania pytań i uzyskałem/-am zrozumiałe odpowiedzi. Wiem, że zgodę mogę cofnąć w każdym czasie.

Upoważnienia:

Upoważnienie dotyczy osoby innej niż pacjent (np. członek rodziny); można je złożyć, zmienić lub odwołać także w każdym późniejszym czasie (druk aktualizacji).

☐ nie upoważniam żadnej osoby — informacje i dokumentację uzyskuję wyłącznie ja

☐ upoważniam wskazaną niżej osobę:

imię i nazwisko osoby upoważnionej:.....

telefon kontaktowy i relacja (np. babcia, partner):.....

zakres upoważnienia:

☐ uzyskiwanie informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach

☐ uzyskiwanie dokumentacji medycznej (wgląd, kopie, wyciągi, odpisy)

☐ również po śmierci pacjenta

Potwierdzenia:

☐ Potwierdzam, że przed pierwszą wizytą miałem/-am możliwość zapoznania się z klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych, Informacją o prawach pacjenta oraz zasadami organizacyjnymi i cennikiem Poradni (dokumenty dostępne w rejestracji oraz na stronie poradniasens.pl; Standardy Ochrony Małoletnich — w tym wersja dla dzieci — dostępne w Poradni i na stronie).

Zgoda opcjonalna — informacje o działalności Poradni:

☐ TAK ☐ NIE — wyrażam dobrowolną zgodę na otrzymywanie informacji o działalności medycznej Poradni: ☐ e-mailem ☐ SMS-em. Zgoda jest niezależna od korzystania ze świadczeń i mogę ją wycofać w każdym czasie (rejestracja@poradniasens.pl lub w rejestracji); wycofanie nie wpływa na zgodność z prawem wcześniejszego przetwarzania.

.....
miejscowość, data

.....
czytelny podpis pacjenta

CZĘŚĆ WYPEŁNIANA PRZEZ PORADNIĘ

Zweryfikowano tożsamość pacjenta (rodzaj dokumentu — bez kopiowania):.....

Uwagi:.....

Kartę odwzorowano cyfrowo i włączono do dokumentacji w systemie MyDr (data):.....

Imię, nazwisko i podpis pracownika:.....

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych zawarta jest w klauzuli informacyjnej dla pacjentów — dostępnej w rejestracji oraz na stronie poradniasens.pl.