

**X-Rehab**Gliwickie Centrum
Rehabilitacji

KARTA PACJENTA

Dane pacjenta	Dane rodzica/ opiekuna prawnego ¹ (jeśli dotyczy)
Imię:	Imię:
Nazwisko:	Nazwisko:
PESEL:	Imię:
Telefon:	Nazwisko:
e-mail ² :	

Adres zamieszkania:

- Oświadczam, że się zapoznałem(łam) z regulaminem korzystania z usług X-Rehab Gliwickie Centrum Rehabilitacji
☐ TAK ☐ NIE
- Oświadczam, że zapoznałem się z listą przeciwwskazań do rehabilitacji.
☐ TAK ☐ NIE
- Dane osobowe (imię, nazwisko, PESEL, adres zamieszkania) zawarte w niniejszej umowie są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit b) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. oraz ustawą z dnia 10 maja 2018r. (Dz. U. z 2018r., poz. 100 z późn. zm.) w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych w celu wykonania umowy. Przetwarzanie danych jest niezbędne do wykonania umowy o świadczenie usług rehabilitacyjnych.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych (numer telefonu, e-mail) do celów marketingowych (do celów przekazywania informacji w tym informacji handlowych drogą mailową i za pomocą wiadomości SMS, informacji o ciekawych wydarzeniach, spotkaniach prozdrowotnych, specjalnych okazjach i nowościach). Jednocześnie oświadczam, że zostałem poinformowany, że wyrażenie niniejszej zgody jest dobrowolne i może być w każdym czasie cofnięte. Brak zgody nie wyklucza zawarcia umowy o świadczenie usług rehabilitacyjnych.

Mail: ☐ TAK ☐ NIE
SMS ☐ TAK ☐ NIE

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. informujemy, iż: Administratorem Pani/ Pana danych osobowych jest P.H.U. Technomex Sp. z o.o. z siedzibą w Gliwicach przy ulicy szparagowej 15, wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Gliwicach, X Wydział Gospodarczy KRS pod numerem KRS 0000127793 NIP 6310000138. Podane dane będą przechowywane zgodnie z art. 29 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta przez okres 20 lat (lub 22 w przypadku dzieci do 2 roku życia) licząc od końca roku kalendarzowego w którym dokonano ostatniego wpisu, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w ustawie. Ma Pan/Pani prawo żądać od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, żądania przeniesienia danych, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

¹ Jeśli dane uzupełnia rodzic(w przypadku pacjentów do 18 r.ż.) lub opiekun prawny, prosimy o podanie e-mail i nr telefonu do osoby wypełniającej kartę.

.....
Data i czytelny podpis osoby wypełniającej kartę



X-Rehab

Gliwickie Centrum
Rehabilitacji

Upoważnienie

Niniejszym oświadczam, iż zostałem/-am zapoznany/-a z uprawnieniami wynikającymi z art. 26 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417 z późn. Zm.) i oświadczam, co następuje:

1. **Nie upoważniam nikogo*/upoważniam*** do udostępnienia mojej dokumentacji medycznej, stosownie do treści art.26 ust.1 ww. ustawy.
2. **Nie upoważniam nikogo*/ upoważniam *** do wglądu do mojej dokumentacji medycznej po mojej śmierci, stosownie do treści art. 26 ust. 2 ww. ustawy.
3. **Nie upoważniam nikogo*/ upoważniam *** do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeń medycznych jest:

.....
Imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....
Dane kontaktowe

Ponadto oświadczam, iż zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości cofnięcia udzielonego upoważnienia.

.....
Czytelny podpis składającego oświadczenie

*niepotrzebne skreślić