



Imię i nazwisko Pacjenta: .....

PESEL Pacjenta: .....

Ja niżej podpisany/a, niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych/ danych osobowych mojego Dziecka przez CM MedGen z siedzibą w Warszawie, (dalej zwanym: „Administratorem”), w celu wykonania badań genetycznych. Podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne do wykonania badań genetycznych. Podstawą przetwarzania danych jest moja zgoda. Odbiorcami danych jest Administrator oraz ..... Mam prawo wycofania zgody w dowolnym momencie. Dane osobowe będą przetwarzane do odwołania zgody, a po takim odwołaniu, przez okres przedawnienia roszczeń przysługujących administratorowi danych i w stosunku do niego. Mam prawo żądania od administratora dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego. Wyrażam zgodę na otrzymywane faktur drogą elektroniczną na wskazany adres e-mail.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis lekarza kierującego

.....  
Podpis pacjenta >18. r.ż. / rodzica / opiekuna prawnego

.....  
Podpis pacjenta niepełnoletniego >16 r. ż.

#### Skąd dowiedziałeś się o naszym laboratorium?

- wyszukiwarka internetowa     z polecenia lekarza     od znajomych     strona tematyczna  
 Facebook     inne: .....

#### UPOWAŻNIENIE

Ja, ....., o numerze PESEL:.....,  
*imię i nazwisko Pacjenta/opiekuna prawnego, data*

#### Upoważniam do dostępu do informacji o stanie zdrowia:

Panią/Pana .....  
*imię i nazwisko*

zamieszkałą/ego.....

tel. kontaktowy.....

.....  
*imię i nazwisko Pacjenta/opiekuna prawnego, data*

#### Upoważniam do dostępu do dokumentacji medycznej, dotyczącej stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych:

Panią/Pana .....  
*imię i nazwisko*

zamieszkałą/ego.....

tel. kontaktowy.....

.....  
*imię i nazwisko Pacjenta/opiekuna prawnego, data*

#### Nie upoważniam żadnej osoby do dostępu do informacji o stanie zdrowia oraz do dostępu do dokumentacji medycznej, dotyczącej stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych.

.....  
*imię i nazwisko Pacjenta/opiekuna prawnego, data*

**Ankieta epidemiologiczna w związku z epidemią COVID-19**

**1. Czy w ostatnim czasie miałeś/łaś kontakt z osobą, u której stwierdzono lub podejrzewa się zakażenie SARS-CoV-2?**

TAK

NIE

**2. Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni przebywałeś/łaś za granicą Polski? Zaznacz właściwe.**

TAK

NIE

Podaj miejsce pobytu .....

**3. Czy aktualnie lub w ciągu ostatnich 2 tygodni występowały u Ciebie któreś z objawów? Zaznacz właściwe i określ kiedy występowały objawy.**

kaszel .....

ból gardła .....

gorączka .....

duszności .....

biegunka/wymioty .....

-----  
Data

-----  
imię i nazwisko Pacjenta/opiekuna prawnego Pacjenta