

ZAMÓWIENIE PORADY TELEMEDYCZNEJ w CM MEDGEN

Wypełnia pacjent pełnoletni lub rodzic/opiekun prawny pacjenta

Nazwisko i imię pacjenta:	
PESEL pacjenta:	
Imiona rodziców Pacjenta	
Hasło – klucz, które będzie wykorzystywane do weryfikacji Pacjenta w trakcie porady telemedycznej	
Telefon kontaktowy:	E-mail:
Adres pobytu pacjenta w trakcie udzielania porady telmedycznej (informacja będzie wykorzystana w przypadku pogorszenia stanu zdrowia pacjenta w trakcie porady telemedycznej oraz do weryfikacji danych):	
Nazwisko i imię rodzica/opiekuna prawnego (w przypadku pacjentów małoletnich albo osób całkowicie ubezwłasnowolnionych):	
Adres miejsca zamieszkania:	

Proszę o realizację usługi medycznej PORADA TELEMEDYCZNA.

Planowany termin porady telemedycznej:.....

W celu przeprowadzenia porady telemedycznej proszę lekarza o kontakt pod nr telefonu:

.....

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 realizacji usług medycznych (porad telemedycznych). Podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne do realizacji usługi medycznej. Podstawą przetwarzania danych jest moja zgoda. Odbiorcami danych jest Administrator.

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 otrzymywanie faktur drogą elektroniczną na wskazany adres e-mail.

.....
Miejscowość i data

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

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

Skąd dowiedziałeś się o naszym laboratorium?

internet

z polecenia lekarza

od znajomych

Facebook

inne:

UPOWAŻNIENIE

Ja,, o numerze PESEL,
imię i nazwisko Pacjenta/opiekuna prawnego

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

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 09/11/2015 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015 nr 2069).