

KARTA PACJENTA

Imię i nazwisko

Wiek Tel. kontaktowy E-mail

Adres

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Na podstawie Ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych oraz Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE z 4.5.2016 L119):

1) wyrażam dobrowolną i świadomą zgodę / nie wyrażam zgody* na przetwarzanie moich danych osobowych wskazanych powyżej przez firmę „nazwa firmy” w celu niezbędnym dla potrzeb konsultacji, diagnozy psychologicznej i psychoterapii. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że: w każdej chwili mogę zażądać usunięcia moich danych osobowych z bazy firmy „nazwa firmy”; mam prawo żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz ich przenoszenia, poprzez wysłanie wiadomości adres e-mail: xxxxxxxx wniesienia skargi do organu nadzorczego oraz cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Podanie danych jest warunkiem wykonania usługi w zakresie konsultacji, diagnozy psychologicznej i psychoterapii a ich niepodanie uniemożliwi wykonanie usługi. Dane osobowe będą przechowywane do czasu upływu terminu przedawnienia potencjalnych roszczeń (zgodnie z kc), licząc od końca roku kalendarzowego, w którym sporządzono ostatni wpis o udzielonych świadczeniach.

Data i podpis pacjenta

2) wyrażam dobrowolną i świadomą zgodę / nie wyrażam zgody* na otrzymywanie od Firmy „nazwa firmy” materiałów psychoedukacyjnych i innych informacji związanych z leczeniem przesyłanych za pomocą poczty elektronicznej na powyżej wskazany przeze mnie adres mailowy. Przyjmuję do wiadomości, że w każdej chwili mogę wycofać wyrażoną zgodę. Cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Data i podpis pacjenta

3) wyrażam dobrowolną i świadomą zgodę / nie wyrażam zgody* na otrzymywanie od Firmy „nazwa firmy” informacji o terminie i godzinie umówionej wizyty lub ich zmianach, które będą przesyłane za pośrednictwem telefonu na powyżej wskazany przeze mnie nr telefonu. Przyjmuję do wiadomości, że w każdej chwili mogę wycofać wyrażoną zgodę. Cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Data i podpis pacjenta

* niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Upoważniam do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach:

imię i nazwisko telefon:

adres

Data i podpis pacjenta

Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach:

Data i podpis pacjenta

Upoważniam do uzyskiwania mojej dokumentacji psychologicznej :

imię i nazwisko telefon:

adres

Data i podpis pacjenta

Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania mojej dokumentacji psychologicznej

Data i podpis pacjenta