

Imię:
Nazwisko:
Pesel:
Data urodzenia:
Płeć:

ZGODA NA LECZENIE - OBOWIĄZKOWA

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na leczenie przez dr n. med. Magdalenę Cubałę-Kucharską. Jest to jednoznaczne z akceptacją regulaminu dostępnego w Gabinetecie oraz na stronie internetowej www.drcubala.com.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach otrzymywania drogą elektroniczną informacji dotyczących konsultacji, wyników badań, zaleceń oraz działalności gabinetu.

Data: _____

Podpis: _____

WGLĄD DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

NIE UPOWAŻNIAM

Nie upoważniam nikogo do wglądu do dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.

data i czytelny podpis pacjenta

UPOWAŻNIAM

Upoważniam Pana/Panią* (imię i nazwisko osoby upoważnianej)

do uzyskiwania wglądu do dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.

Upoważnienie to dotyczy wglądu do mojej dokumentacji medycznej również w przypadku mojej śmierci.

Dane osoby upoważnianej:

Adres zamieszkania _____

PESEL: _____

Nr telefonu _____

Adres e-mail: _____

data i czytelny podpis pacjenta

* niewłaściwe skreślić