

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

DRUK E-5

druk niniejszy pacjent zabiera ze sobą
na turnus rehabilitacyjny

Informacja o stanie zdrowia

dla potrzeb lekarzy podczas turnusu rehabilitacyjnego organizowanego w
Health Resort & Medical SPA Panorama Morska, ul. Uzdrawiskowa 15,
76 -107 Jarosławiec tel. (094) 34 82 997, fax (094) 34 82 786

Imię i nazwisko _____ nr oddziału NFZ _____

Data urodzenia _____ Pesel nr legitymacji ubezpieczeniowej _____

Rozpoznanie choroby zasadniczej: _____

Choroby współistniejące, przebyte operacje: _____

Uczulenia: _____

Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie), zaopatrzenia ortopedyczne: _____

Odchylenia w badaniu przedmiotowym, badaniach dodatkowych: _____

Przebyte choroby zakaźne - dotyczy osób do 16 roku życia _____

Szczepienia ochronne (daty) - dotyczy osób do 16 roku życia _____

Propozycje odnośnie rehabilitacji: _____

Podpis i pieczęć lekarza

Data _____

Oświadczenie

W imieniu własnym, podopiecznego/podopiecznych, członków mojej rodziny, **wyrażam: – wolę uczestnictwa** w turnusie rehabilitacyjnym organizowanym i prowadzonym przez Health Resort & Medical SPA Panorama Morska w Jarosławcu, dofinansowanym przez PEFRON, **– zgodę na badanie, leczenie i ordynację zabiegów** przez Health Resort & Medical SPA Panorama Morska w Jarosławcu, **– zgodę na przetwarzanie danych osobowych** (art., 23 ust. 1 i 2 ustawy z 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych – Dz.U. z 2002 r. nr 101, poz.926 z późn. zm), w szczególności na zbieranie, utrwalanie i udostępnianie danych ujawnionych w voucherze i historii choroby w bazie danych Health Resort & Medical SPA Panorama Morska w Jarosławcu i korzystanie z nich przez administratora danych w celach marketingowych.

Oświadczam także, iż zostałem: 1) poinformowany przez administratora danych o prawie do wglądu i poprawienia danych osobowych oraz o tym, że dane są chronione zgodnie z postanowieniami ustawy o ochronie danych osobowych, 2) upoważniony przez osoby, w imieniu których składam niniejsze oświadczenie do takiego działania w ich imieniu i na ich rzecz.

_____ data i czytelny podpis uczestnika turnusu lub jego opiekuna prawnego