

Zgoda

rodzica/opiekuna prawnego na udzielanie świadczeń zdrowotnych
nieletniemu/niepełnoletniemu świadczeniobiorcy

Pacjent:

Imię i nazwisko:

PESEL: Tel. kontaktowy:

Adres zamieszkania:

Rodzic/opiekun, przedstawiciel ustawowy:

Imię i nazwisko:

PESEL: Tel. kontaktowy:

Adres zamieszkania:

Stosunek przedstawiciela ustawowego do małoletniego (np. ojciec, matka):

Wypełnia i podpisuje rodzic/opiekun prawny:	Wypełnia i podpisuje pacjent 16+ (jeśli dotyczy):
<p>Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka/podopiecznego w: poradzie psychologicznej/diagnostycznej, sesji psychoterapii indywidualnej/grupowej/rodzinnej, sesji wsparcia psychospołecznego, wizycie/poradzie domowej lub środowiskowej, poradzie lekarskiej diagnostycznej/terapeutycznej/kontrolnej oraz na sesje koordynacji i konsylia z innymi pracownikami/ świadczeniodawcami, podmiotami systemu ochrony zdrowia, oświaty, pomocy społecznej oraz innymi.</p> <p>Jednocześnie potwierdzam, że zostałem poinformowany, że prowadzenie działań psychologicznych, terapeutycznych, psychiatrycznych u dziecka powyżej 16. roku życia wymaga również jego zgody.</p> <p>.....</p> <p>Data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego składającego oświadczenie</p>	<p>Wyrażam zgodę na swój udział w: poradzie psychologicznej/diagnostycznej, sesji psychoterapii indywidualnej/grupowej/rodzinnej, sesji wsparcia psychospołecznego, wizycie/poradzie domowej lub środowiskowej, poradzie lekarskiej diagnostycznej/terapeutycznej/kontrolnej oraz na sesje koordynacji i konsylia z innymi pracownikami/ świadczeniodawcami, podmiotami systemu ochrony zdrowia, oświaty, pomocy społecznej oraz innymi.</p> <p>.....</p> <p>Data i czytelny podpis pacjenta składającego oświadczenie</p>

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ja, niżej podpisany, wyrażam zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016r. tzw. RODO¹, wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez Centrum psychologii i psychoterapii Euro-Medica wpisane w KRS pod nazwą Euro-Medica Sp. z o.o. ul. Władysława Reymonta 2, 22-400 Zamość w celu komunikacji, korzystania z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej lub poczty elektronicznej informacji dot. planowanych wizyt, jak również informacji o medycznej działalności Centrum psychologii i psychoterapii Euro-Medica wpisane w KRS pod nazwą Euro-Medica Sp. z o.o. ul. Władysława Reymonta 2, 22-400 Zamość.

Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki, o których mowa w art. 7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie, zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie o warunku możliwości jej rozliczalności. Zostałem również poinformowany o tym, że dane zbierane są przez Centrum psychologii i psychoterapii Euro-Medica wpisane w KRS pod nazwą Euro-Medica Sp. z o.o. ul. Władysława Reymonta 2, 22-400 Zamość, o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

.....
Czytelny podpis pacjenta/opiekuna

¹ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych).