



Wywiad ogólnomedyczny - Oświadczenie Pacjenta

Podane przez Państwa informacje są objęte tajemnicą lekarską.

Dane Pacjenta (dane osoby niepełnoletniej wypełnia rodzic lub opiekuna prawny)

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:/...../..... PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu: adres e-mail:

- Czy w ciągu ostatnich lat leżała Pani/leżał Pan w szpitalu? Tak /Nie
- Czy aktualnie się Pani/Pan na coś leczy? Tak /Nie
- Czy ma Pani/Pan skłonności do nadmiernych krwawień? Tak /Nie
- Czy jest Pani/Pan na coś uczulona? Tak /Nie
- Czy przyjmuje Pani/Pan jakieś leki? Tak /Nie
- Czy ma/miała Pani/Pan jakieś z wymienionych niżej dolegliwości?

choroby tarczycy / niewydolność krążenia / cukrzyca / choroba wieńcowa /
wada serca / choroba nerek / nadciśnienie / choroby krwi/
choroby stawów / astma / hemofilia / gruźlica / AIDS / udar mózgu/
padaczka / anemia / jaskra / opryszczka / żółtaczka typu:

- Czy miała Pani/miał Pan lub obecnie ma inne niewymienione dotąd schorzenia?

Tak /Nie (jeśli tak, jakie)? :

Niniejszym oświadczam, że podane wyżej dane są przez mnie zrozumiane, zgodne z prawdą i stanem faktycznym.

Wszystkie zmiany mojej sytuacji zdrowotnej zobowiązuje się zgłosić przy najbliższej wizycie.

Wyrażam zgodę na przechowywanie moich danych w tutejszej placówce.

Wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny, SMS, e-mail przez pracowników kliniki.

Wyrażam zgodę na przesyłanie dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby (w tym planu leczenia, zdjęcia RTG, dodatkowe informacje o leczeniu) na wskazany adres poczty elektronicznej (e-mail).

Zapoznałam/am się z: „Formularzem ogólnego obowiązku informacyjnego do danych zawartych w dokumentacji medycznej zgodnych z RODO”.

Do uzyskania informacji o udzielonych świadczeniach medycznych oraz do odbioru dokumentacji medycznej we wszystkich prawnie dopuszczonych formach upoważniam:

nie upoważniam nikogo

Upoważnienie do informacji o stanie zdrowia pacjenta; Upoważnienie do dokumentacji medycznej

Imię, nazwisko

Adres Zamieszkania

Numer telefonu, adres e-mail

Warszawa, dnia

Podpis pacjenta:

(czytelny podpis)