KARTA ZGŁOSZENIA PACJENTA

Data zgłoszenia: …………………… Imię i nazwisko specjalisty przyjmującego zgłoszenie:

………………………………….…………………………………………….

Imię i nazwisko dziecka: …………………………………………………………………………………………………………... Data i miejsce urodzenia dziecka: …………………………………………………………………………………………….. Nazwa przedszkola/szkoły, do której uczęszcza dziecko: …………………………………….

……..………………………………………………………………………………………………………………………………………….. Adres przedszkola/szkoły: ………………………………………………………………………………………………………... Klasa/grupa: …………………………………………………………………………………………………………………………….. Adres zamieszkania dziecka: ……………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………. Pesel dziecka: …………………………………………………………………………………………………………………………... Telefon dziecka: ……………………………………………………………………………………………………………………….. Email dziecka:…………………………………………………………………………………………………………………………... Imię i nazwisko Matki: ………………………………………………………………………………...…........................... Pesel Matki: …………………………………………………………………………………………………………………………….. Telefon Matki:………………………………………………………………………………………………………………………….. E-mail Matki:……………………………………………………………………………………………………………………………. Adres zamieszkania Matki:

▢ ten sam co dziecka

inny: …………………………………………………………………………………………………………………………………….. Imię i nazwisko Ojca: ……………………………………………………………………………………………………………….. Pesel Ojca: ……………………………………………………………………………………………………………………………….. Telefon Ojca: ……………………………………………………………………………………………………………………………. E-mail Ojca: ……………………………………………………………………………………………………………………………... Adres zamieszkania Ojca: ………………………………………………………………………………………………………….

▢ ten sam co dziecka

inny: ……………………………………………………………………………………………………………………………………..

Dziecko posiada orzeczenie z PPP:

▢ TAK ▢ NIE

Dziecko posiada Indywidualny Plan Edukacyjno-Terapeutyczny w swojej szkole:

▢ TAK ▢ NIE

Dziecko posiada opinię psychologiczno-pedagogiczną:

▢ TAK ▢ NIE

Proszę wskazać jeden telefon do potwierdzania i odwoływania wizyt przez SMS: 1)………………………………………………………………………………………………………….. ewentualnie 2)………………………………………………………………………………………….

Upoważniam następujące osoby:

1. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. ....................................................................................................................................................

Nie upoważniam nikogo

*\*) niewłaściwe skreślić*

1. Do uzyskania informacji na temat mojego stanu zdrowia i udzielonych świadczeniach.
2. Do uzyskania informacji, także na wypadek śmierci.
3. Do dysponowania w sytuacjach nagłych, jak przeniesienie do innego szpitala lub śmierci.
4. Do dysponowania moimi rzeczami osobistymi i depozytem.

…………………….……………………………………

*Data i podpis rodzica i/lub rodziców/opiekunów w imieniu obojga rodziców*

…………………...……………………………………

*Data i podpis pacjenta powyżej 16 roku życia*

# OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja, niżej podpisany/-a …………………………………………………………………………………………………………….. niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i/lub danych osobowych mojego dziecka zawartych w Karcie Zgłoszenia

Pacjenta dla potrzeb związanych ze świadczeniem usług medycznych, prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej oraz kontaktu w związku ze świadczeniem usług medycznych i procesem leczenia.

…………………….……………………………………

*Data i podpis rodzica i/lub rodziców/opiekunów w imieniu obojga rodziców*

…………………...……………………………………

*Data i podpis pacjenta powyżej 16 roku życia*

# OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

**w celach ewaluacji świadczeń**

Ja, niżej podpisany/-a …………………………………………………………………………………………………………….. niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i/lub danych osobowych mojego dziecka zawartych w Karcie Zgłoszenia

Pacjenta dla potrzeb związanych z ewaluacją (oceną) usług świadczonych przez

EZRA UKSW Sp. z o.o.

…………………….……………………………………

*Data i podpis rodzica i/lub rodziców/opiekunów w imieniu obojga rodziców*

…………………...……………………………………

*Data i podpis pacjenta powyżej 16 roku życia*

# PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH INFORMACJA DLA PACJENTÓW

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 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 („RODO”) informujemy, że Administratorem podanych przez Państwa danych osobowych jest EZRA UKSW Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (kod 01-496), Miarki 13, e-mail: [iodo@ezrauksw.pl](mailto:iodo@ezrauksw.pl) Dane są przetwarzane w celu udzielenia świadczeń zdrowotnych, prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej, kontaktu w związku ze świadczeniem usług medycznych i procesem leczenia oraz dokonywania rozliczeń. Dane mogą być również przetwarzane w celu wypełnienia ciążących na administratorze obowiązków wynikających z obowiązujących przepisów prawa, dochodzenia i obrony przed ewentualnymi roszczeniami, ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą lub innej osoby fizycznej, przechowywane dla celów archiwizacyjnych oraz zapewnienia rozliczalności. Dane będą przechowywane przez okres wynikający z obowiązujących przepisów (w przypadku dokumentacji medycznej co najmniej przez okres 20 lat od dnia dokonania w niej ostatniego wpisu) lub co najmniej upływu okresu przedawnienia roszczeń. Informujemy również o przysługującym Państwu prawie dostępu do treści danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawie do przenoszenia danych, wniesienia sprzeciwu, przeniesienia danych, do cofnięcia zgody w dowolnym momencie (w przypadkach, gdy jest ona podstawą przetwarzania) oraz prawie wniesienia skargi do Prezesa Ochrony Danych Osobowych w przypadku uznania, iż przetwarzanie danych osobowych narusza obowiązujące przepisy. Podanie danych jest dobrowolne, jednakże jako podmiot leczniczy jesteśmy zobowiązani do prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób określony przepisami prawa, w tym do oznaczenia tożsamości pacjenta z wykorzystaniem jego danych osobowych. Niepodanie danych może skutkować odmową rezerwacji czy udzielenia świadczenia zdrowotnego.

…………………….……………………………………

*Data i podpis rodzica i/lub rodziców/opiekunów w imieniu obojga rodziców*

*…………………...……………………………………*

*Data i podpis pacjenta powyżej 16 roku życia*

# Wniosek obydwojga rodziców o zdiagnozowanie i/lub leczenie dziecka

Wnioskuję o objęcie mojego dziecka ……………………………………….……………………………………. pomocą diagnostyczno-terapeutyczną w Poradni

………………………………………………………………………………………………………………………………………. prowadzonej przez EZRA UKSW Sp. z o.o. w Warszawie.

*…………………….……………………………………*

*Data i podpis rodzica i/lub rodziców/opiekunów w imieniu obojga rodziców*

*…………………...……………………………………*

*Data i podpis pacjenta powyżej 16 roku życia*

▢ Wyrażam zgodę na nagrywanie sesji terapeutycznych w celach szkoleniowych.

▢ Wyrażam zgodę na obecność stażystów podczas procesu diagnozy i leczenia mojego dziecka.

*…………………….……………………………………*

*Data i podpis rodzica i/lub rodziców/opiekunów w imieniu obojga rodziców*

*…………………...……………………………………*

*Data i podpis pacjenta powyżej 16 roku życia*