



CENTRUM TERAPII MANUALNEJ RAKOWSKIEGO

OŚWIADCZENIE RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO DZIECKA

miejscowość, data _____
Imię i Nazwisko Rodzica _____
data urodzenia i PESEL _____
adres zamieszkania _____
numer tel. kontaktowego /e-mail _____

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym dziecka:

Imię i Nazwisko dziecka _____
data urodzenia i PESEL _____
adres zamieszkania _____

.....
czytelny podpis składającego oświadczenie

Oświadczam, że do uzyskania informacji o stanie zdrowia dziecka i udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych

☐ **upoważniam** osobę bliską
Imię i Nazwisko _____
numer tel. kontaktowego _____
PESEL / _____
rodzaj i nr dok. tożsamości _____

☐ **nie upoważniam nikogo**

.....
czytelny podpis składającego oświadczenie

Oświadczam, że do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia dziecka i udzielanych mu świadczeń zdrowotnych

☐ **upoważniam** osobę bliską
Imię i Nazwisko _____
numer tel. kontaktowego _____
PESEL / _____
rodzaj i nr dok. tożsamości _____

☐ **nie upoważniam nikogo**

.....
czytelny podpis składającego oświadczenie

ZGODA OBOWIĄZKOWA

Wyrażam zgodę na:

- wykonanie badań i udzielanie świadczeń zdrowotnych, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008r.
- gromadzenie i przetwarzanie przez Centrum Terapii Manualnej Rakowskiego, pod firmą Instytut Rakowskiego Danuta Sokołowska z siedzibą w Sierosławiu, ul. Leśna 1, dodatkowych danych osobowych dziecka, wykraczających poza zakres wskazany w przepisach prawa, tj. numeru telefonu, adresu e-mail, numeru rachunku bankowego, w celu realizacji procesów związanych ze świadczeniem usług medycznych w zakresie wskazanym przez przepisy, a także nawiązaniem kontaktu w związku ze świadczonymi usługami..

.....
czytelny podpis składającego oświadczenie

ZGODA OBOWIĄZKOWA

W związku z koniecznością zapewnienia pełnej ochrony prywatności oraz przestrzegania przepisów prawa, uprzejmie informujemy, że na terenie gabinetu fizjoterapeuty obowiązuje **zakaz filmowania, fotografowania oraz nagrywania dźwięku** bez uprzedniej wyrażonej **zgody fizjoterapeuty**.

W związku z powyższym, zobowiązuję się do powstrzymania się od wszelkich form rejestrowania obrazu, dźwięku lub fotografowania w gabinecie bez uprzedniego uzyskania zgody fizjoterapeuty, **który przedstawi warunki, na jakich taka zgoda może zostać udzielona**.

Oświadczam, że rozumiem powyższe zasady i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

.....
czytelny podpis składającego oświadczenie

ZGODY DOBROWOLNE

ZGODA NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W OBECNOŚCI OSOBY UPOWAŻNIONEJ

Oświadczam, że, jako przedstawiciel ustawowy dziecka wyrażam zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego mojemu dziecku bez mojej obecności. Jednocześnie do obecności w gabinecie podczas udzielania świadczenia zdrowotnego mojemu dziecku upoważniam::

☐ Imię i Nazwisko _____
numer tel. kontaktowego _____

PESEL / _____
rodzaj i nr dok. tożsamości _____

☐ Imię i Nazwisko _____
numer tel. kontaktowego _____

PESEL / _____
rodzaj i nr dok. tożsamości _____

.....
czytelny podpis składającego oświadczenie

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH W CELACH NAUKOWYCH I STATYSTYCZNYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dziecka, w szczególności na udostępnienie wyników i przebiegu leczenia, zawartego w dokumentacji medycznej prowadzonej przez Centrum Terapii Manualnej Rakowskiego, pod firmą Instytut Rakowskiego Danuta Sokołowska z siedzibą w Sierosławiu, ul. Leśna 1, w celach statystycznych, naukowych i dydaktycznych, z zachowaniem pełnej anonimowości, na zasadach określonych w rozdziale 7 art.26, pkt 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008r. Zostałem poinformowany o przysługujących mi uprawnieniach. Wiem, że mogę cofnąć niniejszą zgodę w dowolnym momencie.

.....
czytelny podpis składającego oświadczenie

ZGODA NA WYSYŁANIE INFORMACJI HANDLOWEJ ZA POMOCĄ E-MAIL - ZGODA NA NEWSLETTER

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w dokumentacji medycznej i systemie rejestracji przez Centrum Terapii Manualnej Rakowskiego, pod firmą Instytut Rakowskiego Danuta Sokołowska z siedzibą w Sierosławiu, ul. Leśna 1, w celu skorzystania z usługi otrzymywania newslettera, rozumianego, jako bieżące informacje na temat akcji promocyjnych, ofert i usług świadczonych przez Centrum Terapii Manualnej. Zostałem poinformowany o przysługujących mi uprawnieniach. Wiem, że mogę cofnąć niniejszą zgodę w dowolnym momencie.

.....
czytelny podpis składającego oświadczenie