Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

turnus w terminie _____

DRUK E-4

druk niniejszy pacjent zabiera ze sobą na turnus rehabilitacyjny

Informacja o stanie zdrowia

dla potrzeb lekarzy podczas turnusu rehabilitacyjnego organizowanego
w ORW MUSZELKA, 78-111 Ustronie Morskie, ul. Wschodnia 4, Sianożęty
tel./fax (094) 35 15 693

Imię i nazwisko _____ nr oddziału NFZ _____

Data urodzenia _____ Pesel ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ nr legitymacji ubezp. _____

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 pieczątka lekarza

Data _____

Oświadczenie

W imieniu własnym, podopiecznego/podopiecznych, członków mojej rodziny, **wyrażam: - wolę uczestnictwa** w turnusie rehabilitacyjnym organizowanym i prowadzonym przez NZOZ Pomorskie Centrum Rehabilitacji Sanatorium „Panorama Morska" w Jarosławcu, dofinansowanym przez PEFRON, **- zgodę na badanie, leczenie i ordynację zabiegów** przez lekarzy NZOZ PCR Sanatorium „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 skierowaniu i historii choroby w bazie danych NZOZ PCR Sanatorium „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