



# Zgoda pacjenta

GDAŃSK, DATA: .....  
IMIĘ I NAZWISKO: .....  
PESEL: .....  
DATA URODZENIA: .....  
ULICA I NUMER DOMU.....  
KOD POCZTOWY, MIASTO.....  
NUMER TELEFONU:.....  
E-MAIL:.....

## OŚWIADCZENIE PACJENTA – wizyta fizjoterapeutyczna

Upoważniam (nieobowiązkowe- dla osób pełnoletnich)

Imię i nazwisko:

.....

Do otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej

PODPIS PACJENTA / OPIEKUNA

.....

Wyrażam zgodę na świadczenie zdrowotne udzielane przez fizjoterapeutę i jednocześnie zobowiązuje się do niezwłocznego informowania fizjoterapeuty o zmianach statusu zdrowia.

PODPIS PACJENTA / OPIEKUNA

.....

Wyrażam zgodę na przechowywanie, przetwarzanie, wykorzystanie moich danych osobowych w tutejszej placówce

PODPIS PACJENTA / OPIEKUNA

.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, tj. danych teleadresowych w celu otrzymywania informacji marketingowych w tym wiadomości typu newsletter od Administratora danych - Good Life Clinic Sp. z o.o. ul. Orzechowa 7, 80-175 Gdańsk. Oświadczam, iż zostałam/em poinformowany, o prawie dostępu do treści moich danych, do ich poprawiania oraz możliwości cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie.

PODPIS PACJENTA / OPIEKUNA

.....