Akademia Motywacji i Edukacji

Warszawa, dnia: ……

Karta pacjenta nr.:…….

Imię i Nazwisko :……..

Data urodzenia: ……

Adres: …….

Miejscowość …… Kod pocztowy ……..

Ulica i nr domu: ……..……

Telefon ……. Adres e-mail ……..……..

<u>Informacje dodatkowe</u>

……

……

……

……

…….....

.....

.....

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Na podstawie Ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych oraz Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady 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 (Dz. Urz. UE z 4.5.2016 L119):

1) wyrażam dobrowolną i świadomą zgodę / nie wyrażam zgody* na przetwarzanie moich danych osobowych wskazanych powyżej przez AMIE sp. z o o w celu niezbędnym dla potrzeb konsultacji, diagnozy psychologicznej i psychoterapii. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że: w każdej chwili mogę zażądać usunięcia moich danych osobowych z bazy AMIE sp. z oo; mam prawo żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz ich przenoszenia, poprzez wysłanie wiadomości adres e-mail: admindo@amie.pl zawierającej stosowne żądanie; mam prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, wniesienia skargi do organu nadzorczego oraz cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Podanie danych jest warunkiem wykonania usługi w zakresie konsultacji, diagnozy psychologicznej i psychoterapii a ich niepodanie uniemożliwi wykonanie usługi. Dane osobowe będą przechowywane do czasu ustania potencjalnych roszczeń tj. przez okres 6 lat (zgodnie z kpc) licząc od końca roku kalendarzowego, w którym sporządzono ostatni wpis o udzielonych świadczeniach.

Data i podpis pacjenta ……..…….…….

2) wyrażam dobrowolną i świadomą zgodę / nie wyrażam zgody* na otrzymywanie od AMIE sp. z o o materiałów psychoedukacyjnych i innych informacji związanych z leczeniem przesyłanych za pomocą poczty elektronicznej na powyżej wskazany przeze mnie adres mailowy. Przyjmuję do wiadomości, że w każdej chwili mogę wycofać wyrażoną zgodę. Cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Data i podpis pacjenta …….…….

3) wyrażam dobrowolną i świadomą zgodę / nie wyrażam zgody* na otrzymywanie od AMIE sp. z o o informacji o terminie i godzinie umówionej wizyty lub ich zmianach, które będą przesyłane za pośrednictwem telefonu na powyżej wskazany przeze mnie nr telefonu. Przyjmuję do wiadomości, że w każdej chwili mogę wycofać wyrażoną zgodę. Cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Data i podpis pacjenta ……..…….

* niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Upoważniam do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych:

imię i nazwisko …….. telefon: ……..

adres ……

Data i podpis pacjenta …….

Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielanych świadczeń zdrowotnych

Data i podpis pacjenta …….

Upoważniam do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej:

imię i nazwisko …….. telefon: ……..

adres ……

Data i podpis pacjenta …….

Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej

Data i podpis pacjenta …….