

KARTA PACJENTA SIRVIS MED

zakres usług realizowanych w ramach pobytu leczniczego

data:

PACJENT imię i nazwisko: wiek:

adres: numer telefonu:

1. LISTA ZABIEGÓW – wskaż z jakich zabiegów planujesz skorzystać podczas pobytu leczniczego

NAZWA	TAK	NIE	NAZWA	TAK	NIE
terapia manualna / masaż leczniczy			laseroterapia		
kinezyterapia			światłolecznictwo		
terapia prądami			kinesiotaping		
jonoforeza			terapia ciepłem / terapia zimnem		
fonoforeza			aromaterapia / masaż witkami		
pole magnetyczna			terapia ruchem – rower, marszobiegi, itp.		
ultradźwięki			inne:		

2. STAN ZDROWIA / PRZECIWWSKAZANIA – wypełnij przed pierwszym zabiegiem fizjoterapeutycznym

ISTOTNE DANE MEDYCZNE	TAK	NIE	PRZECIWWSKAZANIA	TAK	NIE
choroby nowotworowe (ostatnie 10 lat)			choroby zakaźne		
zabiegi operacyjne (ostatnie 10 lat)			gorączka		
ciąża			ostre stany zapalne		
rozrusznik serca			stany ropne		
zaburzenia rytmu serca			wczesny stan po złamaniach		
zespoleń lub implanty metalowe			tętniaki		
choroba zakrzepowo-zatorowa			choroba nowotworowa		
choroba wieńcowa			świeże zakrzepy		
niewydolność krążenia			łamliwość kości		
przewlekła choroba tkanki łącznej			choroby skóry		
inne:			inne:		
opisz jeżeli odpowiedziałeś TAK:			opisz jeżeli odpowiedziałeś TAK:		

Oświadczam, że:

1. Zrozumiałem/am pytania zawarte w ankiecie, a udzielone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym. Zobowiązuję się zgłosić terapeutę każdą zmianę stanu zdrowia wynikłą w trakcie udzielania zabiegów.
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z uwagami dotyczącymi korzystania z zabiegów fizjoterapeutycznych oraz przeciwwskazaniami do zleconych mi zabiegów w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu terapeutycznego.
3. Przyjmuję wszelką odpowiedzialność za ryzyko ewentualnych powikłań powstałych w wyniku podania przeze mnie nieprawdziwych bądź zatajenia istotnych dla przebiegu procesu terapeutycznego informacji.
4. Zapoznałem/am się i akceptuję klauzulę informacyjną (na odwrocie) dotyczącą przetwarzania danych osobowych

.....
podpis pacjenta lub opiekuna

KLAUZULA OBOWIĄZKU INFORMACYJNEGO

Administratorem Twoich danych osobowych jest QPRO360 sp. z o.o. z siedzibą w Białymstoku, kod pocztowy 15-161, przy ul. Berezyńskiej 6.

Poniżej znajdziesz wszelkie niezbędne informacje dotyczące przetwarzania Twoich danych osobowych w związku z realizacją pobytu leczniczego w SIRVIS MED:

1. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych kontakt@sirvis.pl.
2. Przedstawicielem Administratora jest Wojciech Masalski, adres e-mail jak powyżej.
3. Dane osobowe przetwarzane są w celu ustalenia aktualnego stanu zdrowia pacjenta oraz zakresu usług medycznych oferowanych podczas pobytu leczniczego.
4. Dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat.
5. Po zakończeniu przetwarzania danych osobowych w pierwotnym celu, dane będą usunięte z bazy.
6. Podanie danych jest dobrowolne. Odmowa podania danych będzie skutkowała brakiem możliwości realizacji świadczenia.
7. Twoje dane osobowe nie będą przekazywane innym podmiotom, poza przypadkami przeprowadzenia kontroli przez uprawnione do tego celu instytucje.
8. Jako administrator Twoich danych, zapewniamy Ci prawo dostępu do danych, możesz je również sprostować, żądać ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. Możesz także skorzystać z uprawnienia do złożenia wobec Administratora sprzeciwu wobec przetwarzania Twoich danych oraz prawa do przenoszenia danych do innego administratora danych. W przypadku wyrażenia dobrowolnej zgody, przysługuje Ci prawo cofnięcia zgody na przetwarzanie danych w dowolnym momencie co nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
9. Przysługuje Ci prawo wniesienia skargi do organu nadzorującego przestrzeganie przepisów ochrony danych osobowych.
10. Twoje dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany.
11. Administrator nie zamierza przekazywać danych innym podmiotom poza teren Unii Europejskiej