PRAXIS FIZJOTERAPIA ORTOPEDYCZNA

ZGODA PACJENTA NA KORZYSTANIE Z USŁUG FIZJOTERAPEUTYCZNYCH

Imię ….....
Nazwisko.....
PESEL ….....
Adres zamieszkania:
Miejscowość.....
Ulica.....
Kod pocztowy.....
Numer telefonu.....

Oświadczam, że:

Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegów fizjoterapeutycznych przez PRAXIS Fizjoterapia Ortopedyczna Damian Danielski.

.....

Data i podpis Pacjenta

Dane osoby, którą należy zawiadomić w razie potrzeby:
Imię.....
Nazwisko.....
Telefon.....

Upoważniam/ Nie upoważniam* wyżej wymienioną osobę do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.
Upoważniam/ Nie upoważniam* wyżej wymienioną osobę do uzyskania dostępu do mojej dokumentacji medycznej.

.....

Data i podpis Pacjenta

ul. H. Sienkiewicza 82/84
+48 790 257 162
www.praxis-fizjoterapia.pl
kontakt@praxis-fizjoterapia.pl

PRAXIS FIZJOTERAPIA ORTOPEDYCZNA

KLAUZULA ZGODY PACJENTA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH W CELACH REALIZACJI USŁUG MEDYCZNYCH

Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) **wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji usług medycznych.**

.....

Data i podpis Pacjenta

KLAUZULA INFORMACYJNA SKIEROWANA DO PACJENTÓW

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest PRAXIS Fizjoterapia Ortopedyczna Damian Danielski, ul. Podchorążych 89E, 94-234 Łódź, NIP: 733 13 29 157, damian.danielski@gmail.com;
2. podstawą do przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest: udzielona przez Pana/Panią zgoda na przetwarzanie danych;
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu świadczenia usług medycznych – na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie Art. 9 ust. 1 lit. h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
4. odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do przetwarzania z tytułu ubezpieczeń oraz konsultacji medycznych;
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres 20 lat;
6. posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania;
7. ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego;
8. podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże ich nie podanie będzie skutkowało niemożnością wykonania usługi medycznej / fizjoterapeutycznej.

PRAXIS FIZJOTERAPIA ORTOPEDYCZNA

REGULAMIN UMAWIANIA I ODWOŁYWANIA WIZYT

Dbając o jakość usług oraz wzajemny szacunek dla czasu naszych pacjentów i terapeutów, prosimy o zapoznanie się z poniższymi zasadami:

1. Umawianie wizyt
   - Wizyty umawiane są telefonicznie, osobiście lub online.
   - Rezerwacja terminu oznacza akceptację poniższych zasad.

2. Odwoływanie wizyt
   - Wizytę można bezpłatnie odwołać lub przełożyć najpóźniej 24 godziny przed terminem wizyty.
   - Odwołanie wizyty później niż 24 godziny przed terminem skutkuje obowiązkiem uiszczenia 50% wartości wizyty.
   - W przypadku odwołania wizyty później niż 24 godziny przed terminem, pacjent może zrezygnować z opłaty, jeśli umówi się na inny dostępny termin w tym samym tygodniu. Jeżeli nie ma dostępnych terminów w tym samym tygodniu pacjent musi uiścić 50% wartości wizyty.
   - Niepojawienie się na wizycie bez wcześniejszego kontaktu wiąże się z obowiązkiem uiszczenia 100% wartości wizyty.

3. Charakter opłaty
   - Opłaty za nieodwołane wizyty lub wizyty odwołane później niż 24 godziny przed terminem traktowane są jako opłata rezerwacyjna za zarezerwowany czas terapeuty i gabinet, niezależnie od przyczyny nieobecności.

4. Zobowiązania PRAXIS
   - W przypadku odwołania wizyty przez fizjoterapeutę, później niż 24 godziny przed terminem, zobowiązujemy się do wyznaczenia możliwie najszybszego, dodatkowego terminu zastępczego.

5. Płatności
   - Należności za nieodwołane wizyty rozliczane są przelewem lub przy najbliższej wizycie.
   - Brak uregulowania opłaty może skutkować odmową kolejnych rezerwacji.

....

Data i podpis Fizjoterapeuty **Data i podpis Pacjenta**

ul. H. Sienkiewicza 82/84 +48 790 257 162
www.praxis-fizjoterapia.pl kontakt@praxis-fizjoterapia.pl