

Formularz Zgłoszeniowy

Podstawowe Dane

Imię:

Nazwisko:

Data Urodzenia:

Numer Pesel:

Dokument tożsamości:

Nr. Dokumentu:

Dane Kontaktowe

Adres zamieszkania (ulica, nr domu, nr lokalu):

Nr kontaktowy:

Adres email:

Dane Medyczne

Wzrost w cm:

Waga w kg:

Choroby przewlekłe:

Leki na stałe:

Uczulenia na leki:

Ciąża/karmienie:

Krótki opis przebiegu choroby wraz z przyjmowanymi lekami:

Wszelką dokumentację medyczną tj. zaświadczenia lekarskie, wypisy z szpitala, wystawione recepty, badania diagnostyczne itp. Proszę załączyć do wiadomości email.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie dokumentacji medycznej w celu świadczenia usług medycznych

Wyrażam zgodę na otrzymanie smsów i/lub email informacyjnych i przypominających o wizycie lekarskiej

Oświadczam, że udzielone informacje są zgodne z prawdą oraz kompletne i nie zostały zatajone.

Oświadczam, że informacje udzielone w formularzu są zgodne z prawdą oraz są kompletne.

Żadne informacje nie zostały zatajone

.....
Data Miejscowość

.....
Podpis