Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie

WNIOSEK O USTALENIE TERMINU WIZYTY W PORADNI SPECJALISTYCZNEJ

UWAGA: Ustalenie terminu wizyty następuje wyłącznie po otrzymaniu zwrotnej informacji z datą i godziną wizyty w Poradni.

Proszę o wyznaczenie terminu wizyty do Poradni (podać nazwę)	

Jestem pacjentem ww. Poradni: TAK ☐ NIE ☐

Chcę zarejestrować się po raz pierwszy: TAK ☐ NIE ☐

Posiadam skierowanie do ww. Poradni: TAK ☐ NIE ☐

Imię, nazwisko pacjenta:	
Data urodzenia	
PESEL*:	
Nr dok. med. (jeśli posiada)	
Rozpoznanie:	
Adres:	
kod poczt.:	
miejscowość:	
ul.:	
Telefon do kontaktu:	
Adres e-mail:	
Informacje dodatkowe dla Rejestracji:	

Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i wykorzystywanie moich danych w celu ustalenia terminu świadczenia oraz rejestracji, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w szczególności zgodnie Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, pozycja 926 z późn. zm.).

Imię, Nazwisko rodzica /opiekuna prawnego/ pacjenta:	

** w przypadku dzieci do ukończenia 3. miesiąca życia, które nie posiadają numeru PESEL, proszę wpisać numer PESEL osoby obowiązanej do zgłoszenia dziecka do ubezpieczenia zdrowotnego (rodzic, opiekun prawny).*

ZAPISZ