

Oświadczenie Pacjenta o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie konsultacji:

Należy wypełnić **WIELKIMI** literami - adres mailowy również

Imię i Nazwisko:	
kod, miejscowość:	
adres (ulica, nr, mieszk.):	
telefon kontaktowy:	
data urodzenia:	
PESEL:	
*adres e-mail:	

- I. Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie konsultacji przez: lekarza, fizjoterapeutę, kosmetologa współpracującego z MEDteam Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością ul. Władysława Stanisława Reymonta 6, 40-029 Katowice, KRS 0000808456, NIP 9542810504, REGON38501741000000.
- II. Ponadto, wyrażam zgodę na udzielenie informacji o stanie mojego zdrowia, w celu rozpoznania, a także proponowania możliwych metod diagnostycznych i leczniczych, oraz dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.
- III. Zostałam/em poinformowany, że przeprowadzona konsultacja nie zobowiązuje mnie do podjęcia dalszej diagnostyki czy proponowanego leczenia w podmiocie leczniczym o którym mowa w ust.1.
- IV. Zostałam/em poinformowana/y o tym, że w wyniku przeprowadzonej konsultacji uzyskam informacje w zakresie realnych metod diagnostycznych i leczniczych, o ich wynikach oraz rokowaniu.
- V. Jestem świadoma/y, że celem wdrożenia dalszych metod diagnostycznych, oraz leczniczych zobowiązana/y będę do zapoznania się ze szczegółową informacją w zakresie proponowanych metod dalszej diagnostyki czy leczenia oraz wypełnieniu szczegółowej ankiety medycznej celem wykluczenia wszelkich przeciwwskazań do przeprowadzenia proponowanego leczenia.
- VI. Zostałam/em poinformowany, że postawienie diagnozy czy proponowanie konkretnej metody leczenia może być związane z koniecznością ponownego stawienia się na konsultację.
- VII. Jestem świadoma/y, że nie w każdym przypadku w wyniku przeprowadzonej konsultacji da się przedstawić plan dalszej diagnostyki czy leczenia, czasami może być to związane z koniecznością przedłożenia dodatkowych badań, przyjmowania dłuższego czasu środków farmakologicznych czy zastosowania dodatkowych procedur.

* nieobowiązkowe

.....
Data i czytelny podpis Pacjenta /Opiekuna

Klauzula zgody na wykonanie dokumentacji obrazowej Pacjenta

Niniejszym wyrażam zgodę na wykonanie przez MEDteam Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Władysława Stanisława Reymonta 6, 40-029 Katowice, KRS 0000808456, NIP 9542810504, REGON 38501741000000, dokumentacji obrazowej w dniu przeprowadzenia konsultacji, na: zdjęciach RTG, USG, zdjęciach fotograficznych konsultowanej okolicy, zdjęciach fotograficznych twarzy oraz innych części ciała przed konsultacją, które będą stanowiły element dokumentacji medycznej.

Niniejsza zgoda jest nieograniczona czasowo ani terytorialnie. Udzielenie niniejszej zgody jest dobrowolne ale brak zgody może wiązać się brakiem możliwości postawienia diagnozy czy zaproponowania dalszej diagnostyki, podjęcia leczenia. Jednocześnie oświadczam, iż zostałem poinformowany o przysługującym mi prawie do cofnięcia zgody na wykorzystanie mojego wizerunku.

.....
Data i czytelny podpis Pacjenta /Opiekuna

Oświadczenie Pacjenta dotyczące RODO

Ja niżej podpisany wyrażam, zgodnie z art. 7 ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO*, wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez firmę o nazwie MEDteam Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością ul. Reymonta 6 , 40-029 Katowice w celu komunikacji korzystania z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dotyczących planowanych wizyt, jak również informacji o działalności prowadzonej przez MEDteam Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością. Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki, o których mowa w art. 7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie. Zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie o warunku możliwości jej rozliczalności. Zostałem również poinformowany o tym, że dane zbierane są przez firmę o nazwie MEDteam Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Reymonta 6 , 40-029 Katowice, o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

.....
Data i czytelny podpis Pacjenta /Opiekuna

Wyrażam zgodę na przesyłanie mi przez firmę o nazwie MEDteam Sp. z o.o. na podany wyżej adres mailowy newsletter, zawierający informacje o promocjach, nowościach, wydarzeniach.

.....
Data i czytelny podpis Pacjenta /Opiekuna

Jak się o nas dowiedziałeś/eś?

- | | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Facebook | ☐ Instagram | ☐ Booksy | ☐ Znany Lekarz |
| ☐ Z polecenia | ☐ Internet | ☐ Medicover | |

Oświadczenie Pacjenta o upoważnieniu lub braku upoważnienia osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji medycznej

Oświadczam, że:

- ☐ upoważniam

Pana(-ią)..... o numerze

PESEL _____

zamieszkałego(-ą)

numer kontaktowy

- ☐ nie upoważniam nikogo

do wglądu do mojej dokumentacji medycznej oraz uzyskiwania odpisów, wypisów i kopii tej dokumentacji gromadzonej i przechowywanej w MEDTEAM Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Władysława Stanisława Reymonta 6, 40-029 Katowice, KRS 0000808456, NIP 9542810504, REGON 38501741000000.

.....
Data i czytelny podpis Pacjenta /Opiekuna

Oświadczenie Pacjenta o upoważnieniu lub braku upoważnienia osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych

Oświadczam, że:

- ☐ upoważniam

Pana(-ią)..... o numerze

PESEL _____

zamieszkałego(-ą)

numer kontaktowy

- ☐ nie upoważniam nikogo

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych w MEDTEAM Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Władysława Stanisława Reymonta 6, 40-029 Katowice, KRS 0000808456, NIP 9542810504, REGON 38501741000000.

.....
Data i czytelny podpis Pacjenta /Opiekuna

REGULAMIN MEDteam Centrum Medyczne

1. Przed skorzystaniem z usług medycznych należy zapoznać się z treścią niniejszego REGULAMINU.
2. MEDteam Centrum Medyczne nie świadczy usług w ramach NFZ.
3. Pracownicy MEDteam Sp. z o.o. posiadają stosowne kwalifikacje i uprawnienia do udzielania świadczeń medycznych.
4. Pacjent ma możliwość umówienia się na wizytę lekarską lub sesję rehabilitacyjną telefonicznie pod numerami telefonu 604 098 115, 602 780 287 i osobiście w Rejestracji lub poprzez portal ZnanyLekarz.pl.
5. Zakup usługi w MEDteam Sp. z o.o. jest równoznaczny ze złożeniem przez Pacjenta oświadczenia, że zapoznał się z niniejszym REGULAMINEM i akceptuje jego warunki.
6. Usługi Medyczne w MEDteam Sp. z o.o. są odpłatne wg Cennika dostępnego w Rejestracji oraz na stronie podmiotu: www.medteam.pl oraz www.esthetic.medteam.pl
7. Płatności za usługi świadczone przez MEDteam Sp. z o.o. można dokonać gotówką, kartą płatniczą oraz BLIK.
8. Po rozpoczęciu cyklu zabiegowego Pacjentowi nie przysługuje zwrot pieniędzy za niewykorzystane zabiegi.
9. **Odwołanie konsultacji lekarskiej lub sesji rehabilitacyjnej jest możliwe z wyprzedzeniem 24- godzinnym pod numerem telefonu: 604 098 115 (również poprzez wiadomość sms).**
W przypadku nieodwołania wizyty w odpowiednim czasie, wizyta zostaje potraktowana jako zrealizowana.
10. **Konsultacje umawiane na podstawie skierowania MEDICOVER nie mogą być planowane, odwoływane ani zmieniane przez portal ZnanyLekarz.pl.**
11. Z odpowiednim wyprzedzeniem czasowym istnieje możliwość ewentualnego przesunięcia terminów wizyt Pacjenta ustalanych każdorazowo z Rejestracją osobiście lub pod numerem telefonu 604 098 115.
12. Przed pierwszą wizytą Pacjent zostaje poproszony o rzetelne wypełnienie Karty Pacjenta.
13. Na pierwszą wizytę Pacjent zobowiązany jest zabrać ze sobą posiadaną dokumentację medyczną.
14. Pacjent rozpoczyna zabiegi rehabilitacyjne w MEDteam Sp. z o.o. po przeprowadzonej konsultacji u lekarza lub magistra fizjoterapii.
15. Za stan urządzeń i sprzętu oraz ich przydatności do ćwiczeń, a także za bezpieczeństwo osób ćwiczących w czasie zajęć odpowiedzialny jest terapeuta prowadzący zajęcia.
16. **Dzieci do 18-ego roku życia korzystają z konsultacji lekarskich oraz zabiegów rehabilitacyjnych w obecności prawnego opiekuna.**
17. Na czas zajęć rehabilitacyjnych pacjent zobowiązany jest do przebrania się w szatni w odpowiedni strój np. sportowy oraz obuwie zmienne (odzież na czas zajęć umieszczana jest w szafkach zamykanych na klucz)
18. Za przedmioty pozostawione w szatni MEDteam MEDteam Sp. z o.o. nie ponosi odpowiedzialności.
19. Za zagubiony lub uszkodzony kluczyk do szafki, obowiązuje opłata w wysokości 20 zł.
20. Na teren MEDteam Sp. z o.o. nie będą wpuszczane osoby będące pod wpływem alkoholu, narkotyków oraz innych środków odurzających, a także osoby zachowujące się agresywnie i niestosownie do miejsca.
21. Pracownicy MEDteam Sp. z o.o. zastrzegają sobie możliwość do przerywania wykonywanego zabiegu lub konsultacji, jeśli spotkają się z zachowaniem Pacjenta nieadekwatnym do miejsca, w którym się znajduje. W takiej sytuacji pobierana jest pełna opłata za wykonaną usługę.
22. Ewentualne skargi, wnioski i zażalenia należy kierować na adres: biuro@medteam.pl
23. Wszystkie osoby znajdujące się na terenie MEDteam Sp. z o.o. zobowiązane są do przestrzegania niniejszego REGULAMINU i stosowania się do sugestii Pracowników.

.....
Data i czytelny podpis Pacjenta /Opiekuna