

Anmeldeformular des Patienten

Formularz Pacjentki/Pacjenta

Vorname:

Imię:

Familiennamen:

Nazwisko:

Geschlecht:

Płeć:

Geburtsdatum:

Data urodzenia:

Serie und Nummer des Identitätsnachweises:

Seria i numer dokumentu tożsamości:

Anschrift:

Adres zamieszkania:

Korrespondenzadresse (wenn anders als fester Wohnsitz):

Adres do korespondencji (jeśli inny niż adres zamieszkania):

Telefonnummer:

Numer telefonu:

E-Mail:

Adres email:

Medicover-Kartennummer:

Numer karty Medicover:

Erklärung/Bevollmächtigung des Patienten

Oświadczenia/upoważnienia Pacjentki/Pacjenta

1. Ich bevollmächtige keine/unten aufgeführte Personen* (*Unzutreffendes streichen), Informationen über meinen Gesundheitszustand und über die bei mir erbrachten medizinischen Leistungen einzuholen.

Upoważniam niżej wymienione osoby/ nie upoważniam nikogo* (*niepotrzebne skreślić) do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych.

..... Nr. des Ausweises Telefonnummer:
(Vor- und Nachname) Numer dokumentu Numer telefonu:
(Imię i nazwisko)

..... Nr. des Ausweises Telefonnummer:
(Vor- und Nachname) Numer dokumentu Numer telefonu:
(Imię i nazwisko)

2. Ich bevollmächtige keine/ich bevollmächtige unten aufgeführte Personen* (*Unzutreffendes streichen), meine medizinische Dokumentation einzusehen und sie zu erhalten (darunter Untersuchungsergebnisse und Rezepte). Upoważniam niżej wymienione osoby/ nie upoważniam nikogo* (*niepotrzebne skreślić) do wglądu do mojej dokumentacji medycznej lub jej odebrania (w tym wyników badań i recept).

..... Nr. des Ausweises
(Vor- und Nachname) Numer dokumentu
(Imię i nazwisko)

..... Nr. des Ausweises
(Vor- und Nachname) Numer dokumentu
(Imię i nazwisko)

3. Ich verpflichte mich hiermit, der InviMed-Klinik jegliche Änderungen der obigen Daten mitzuteilen.
Zobowiązuję się do informowania Kliniki InviMed o zmianach w powyższych danych.

.....
(Datum und eserliche Unterschrift des Patienten)

(Data i czytelny podpis Pacjentki/Pacjenta)

4. Ich willige in Verarbeitung von mir angegebenen personenbezogenen Daten ein, durch die Gesellschaft Medi Partner Sp. z o.o. ul. Cybernetyki 19, 02-677 Warszawa zu Werbezwecken von Produkten und Dienstleistungen von Medicover Polska ** darunter auch Zusendung von Werbeinformationen.

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych przez Medi Partner Sp. z o.o., ul. Cybernetyki 19, 02-677 Warszawa w celu marketingu produktów i usług podmiotów Medicover Polska**, w tym poprzez przesyłanie materiałów marketingowych.*

☐ **JA (Tak)** ☐ **NEIN (Nie)**

5. Ich willige ein, dass Handelsinformationen durch die Gesellschaft Medi Partner Sp. z o.o. ul. Cybernetyki 19, 02-677 Warszawa mit Anwendung von Telekommunikationsanlagen und so genannten automatischen Abruf-Systemen versendet werden. Ich wähle folgende Form der Kontaktaufnahme:

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Medi Partner Sp. z o.o., ul. Cybernetyki 19, 02-677 Warszawa informacji handlowo-marketingowych z użyciem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i tzw. automatycznych systemów wywołujących. Wybieram jako formę kontaktu:

- Elektronische Nachricht (E-Mail, SMS/MMS)
Wiadomości elektroniczne (e-mail, SMS/MMS)

☐ **JA (Tak)** ☐ **NEIN (Nie)**

- Telefonat
Połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna)

☐ **JA (Tak)** ☐ **NEIN (Nie)**

12. April 2024,

(Datum und leserliche Unterschrift des Patienten)

(Data i czytelny podpis Pacjentki/Pacjenta)

6. Wie haben Sie von der InviMed-Klinik erfahren?

Jak uzyskała Pani informacje na temat kliniki InviMed?

- ☐ im Internet (*z internetu*)
☐ von Bekannten / Familienmitgliedern (*od znajomych/rodziny*)
☐ aus der Presse / Radio / Television (*z prasy*)
☐ vom Arzt von CM Medicover (Vor- und Nachname des Arztes)
(od lekarza pracującego w CM Medicover) *(imię i nazwisko lekarza)*
☐ vom Arzt (Vor- und Nachname des Arztes)
(od innego lekarza) *(imię i nazwisko lekarza)*
☐ aus anderen Quellen (aus welchen?)
(z innych źródeł) *(jakich?)*

*** Medcover sp. z o.o., Al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa; Medcover Forsakrings AB (publ) Spółka Akcyjna - Oddział w Polsce, Al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa; Medcover Benefits sp. z o.o., Al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa; Medcover Sport sp. z o.o., Al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa; Well Fitness sp. z o.o., ul. Jana Długosza 74, 51-162 Wrocław; Elford sp. z o.o., Al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa; Just GYM sp. z o.o., ul. Starołęcka 42C, 61-361 Poznań; FIT PROJEKT sp. z o.o., ul. Świeradowska 47, 02-662 Warszawa; Premium Fitness & Gym sp. z o.o., ul. Antoniego Dobrowolskiego 6, 80-287 Gdańsk; Mega Solar sp. z o.o., ul. Andrzeja Sacharowa 16, 92-525 Łódź; Bellevue Polska sp. z o.o., Al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa; McFIT Polska Sp. z o.o., ul. Jasna 14/16a, 00-833 Warszawa; Smart Platinum sp. z o.o., ul. Juliusza Lea 116, 30-133 Kraków; Just Fit sp. z o.o., ul. Juliusza Lea 116, 30-133 Kraków; Umami Fitness sp. z o.o., ul. Jana Długosza 74, 51-162 Wrocław; Centrum Medyczne Damiana Holding sp. z o.o., ul. Wałbrzyska 46, 02-739 Warszawa; Rehasport Clinic sp. z o.o., ul. Górecka 30, 60-201 Poznań; Rehasport Diagnostyka sp. z o.o., ul. Górecka 30, 60-201 Poznań; Centrum Medyczne Ujastek sp. z o.o. (Grupa Neomedic), Ujastek 3, 31-752 Kraków; Topmed sp. z o.o. (Grupa Neomedic), Ujastek 3, 31-752 Kraków; Medikor III sp. z o.o. (Grupa Neomedic), Ujastek 3, 31-752 Kraków; Dom Lekarski S.A., ul. Rydla 37, 70-783 Szczecin; Centrum Medyczne MML sp. z o.o., ul. Bagno 2, 00-112 Warszawa; Centrum Diagnostyczno -Terapeutyczne „Medicus” sp. z o.o., ul. Leśna 8, 59-300 Lubin; Nasz Lekarz Przychodnie Medyczne sp. z o.o., ul. Stefana Batorego 18-22, 87-100 Toruń; Denta Care sp. z o.o., Al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa; INVIMED-T sp. z o.o., ul. Rakowiecka 36, 02-532 Warszawa; Medi Partner sp. z o.o., ul. Cybernetyki 19, 02-677 Warszawa

WICHTIGSTE INFORMATIONEN ZUR VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN:

PODSTAWOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH:

- **Datenadministrator:** Medi Partner Sp. z o.o., ul. Cybernetyki 19, 02-677 Warszawa
Administrator danych: Medi Partner Sp. z o.o., ul. Cybernetyki 19, 02-677 Warszawa
- **Verarbeitungszwecke:** Einbeziehung in den Vertrag über die medizinische Versorgung, Einbeziehung in die Bereitstellung der medizinischen Grundversorgung im Rahmen des Vertrags mit dem Nationalen Gesundheitsfonds (NFZ), Bereitstellung und Verwaltung medizinischer Dienstleistungen, Direktvermarktung der eigenen Dienstleistungen des für die Verarbeitung Verantwortlichen (einschließlich Profilerstellung), Finanzabrechnungen und Inkasso, Zufriedenheitsumfrage, Beschwerdemanagement, Archivierung und Statistik, Gewährleistung der Sicherheit von Menschen in den Zentren (Videoüberwachung)
Cele przetwarzania: świadczyć Ci usługi medyczne; objąć Cię umową na realizację usług (w tym na przechowywanie i/lub transport materiału biologicznego), zarządzać udzielaniem przez nas usług, dokonać rozliczeń z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej, obsłużyć przekazane reklamacje, opinie i zgłoszenia, przekazać materiały promujące produkty i usługi w tym przy użyciu profilowania, archiwizować Twoje dane zgodnie z przepisami prawa, dochodzić i bronić się przed roszczeniami; zapewnić bezpieczeństwo osób i mienia w szczególności poprzez monitoring wizyjny, realizować wnioski dotyczące Twoich praw wynikających z RODO; prowadzić badania jakości i satysfakcji (w tym w oparciu o profilowanie)
- **Rechtliche Grundlagen der Verarbeitung:** rechtliche Verpflichtung / Vertrag über medizinische Versorgung / unser berechtigtes Interesse
Podstawy prawne przetwarzania: udzielanie usług medycznych, realizacja umowy, Twoja zgoda, Nasz uzasadniony interes; obowiązek prawny, interes publiczny
- **Rechte im Zusammenhang mit der Datenverarbeitung:** Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung zu Marketingzwecken, Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung aus besonderen Gründen, Recht auf Widerruf der Einwilligung, Auskunftsrecht, andere Rechte, auf die in den ausführlichen Informationen über die Verarbeitung Bezug genommen wird.
Prawa związane z przetwarzaniem danych: prawo do sprzeciwu wobec przetwarzania danych w celach marketingowych, prawo do sprzeciwu wobec przetwarzania danych ze względu na szczególną sytuację, prawo dostępu do danych, inne prawa, o których mowa w szczegółowej informacji o przetwarzaniu danych.

Detaillierte Information über Datenverarbeitung durch die Gesellschaft Medi Partner Sp. z o.o., ul. Cybernetyki 19, 02-677 Warszawa sind an der Rezeption in der InviMed Klinik zu erhalten.

Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez Medi Partner Sp. z o.o., ul. Cybernetyki 19, 02-677 Warszawa dostępne są na recepcji kliniki InviMed.

Data i czytelny podpis osoby przyjmującej oświadczenie: