

Grudziądz,
(data)

Zgłoszenie do Poradni Specjalistycznej Oddział Dzienny Rehabilitacyjny Psychiatryczny

.....
(Imię i nazwisko pacjenta)

.....
(PESEL pacjenta)

.....
(Data urodzenia pacjenta)

.....
(Adres zamieszkania pacjenta)

.....
(Imię i nazwisko opiekuna)

.....
(PESEL opiekuna)

.....
(Adres zamieszkania opiekuna)
w przypadku, kiedy jest inny niż pacjenta

.....
(Numer kontaktowy opiekuna)

Zgłoszenie na oddział dzienny wymaga:
Skierowania do Poradni Specjalistycznej Oddział Dzienny Rehabilitacyjny Psychiatryczny
(2703) od lekarza psychiatry lub pediatry (z diagnozą pacjenta)

Wraz ze złożeniem zgłoszenia wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji zgłoszenia zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).