# OŚWIADCZENIE PACJENTA

# (Декларация пациента)

1. **Wyrażam** zgodę na leczenie i/lub badania diagnostyczne w Centrum Medycznym im. dr. L. Rydygiera spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.

*Выражаю своё согласие на лечение и/или диагностическое обследование в Медицинском Центре им. доктора Л. Рыдыгера общество с ограниченной ответственностью*

**Imię i nazwisko** (*Имя, фамилия*).........................................................................................................................

**PESEL** (*номер ПЕСЕЛЬ, если его нет, то дата рождения*).........................................................

**Adres zamieszkania** (*адрес проживания*) ................................................................................................................................................................................

Тelefon (*номер телефона)*............................................................................................................

email\*\*..................................................................................................................................................

2.Do zasięgania informacji o stanie mojego zdrowia oraz udzielonych świadczeniach medycznych **upoważniam/ nie upoważniam nikogo:**

*Я* ***даю/ не даю******никому*** *согласие на доступ к информации о моём здоровье, а также о всей оказанной медицинской помощи:*

Imię, nazwisko, dane kontaktowe *(Имя, фамилия, контактные данные*):

…………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Sprzeciwiam/ nie sprzeciwiam** się ujawnieniu informacji osobie bliskiej o moim stanie zdrowia po mojej śmierci.

*Я* ***не даю/ даю*** *своё согласие на предоставление близкому человеку информации о состоянии моего здоровья после моей смерти*

1. Do dostępu do dokumentacji medycznej **upoważniam/ nie upoważniam nikogo**

*Я* ***даю****/* ***не даю никому*** *согласие на доступ к медицинской документации:*

Imię, nazwisko, dane kontaktowe *(имя, фамилия, контактные данные*):

....................................................................................................................................................................................

1. **Sprzeciwiam/ nie sprzeciwiam się** się udostępnianiu osobie bliskiej mojej dokumentacji medycznej po mojej śmierci.

*Я даю/ не даю согласие на предоставление близкому человеку информации о состоянии моего здоровья после моей смерти*

1. Do odbioru wystawianych dla mnie recept i zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne **upoważniam/nie upoważniam/**mogą być odebrane przez osoby trzecie bez szczegółowego określania tych osób\*

*На получение рецептов, заказ медицинских принадлежностей я даю согласие/ не даю согласия/ могут получать третьи лица без дополнительных разрешений*

Imię, nazwisko, dane kontaktowe (*имя, фамилия, контактные данные*)................................................................

.....................................................................................................................................................................................

**Wyrażam** zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, wyłącznie w celu świadczenia usług medycznych, przez Centrum Medyczne im. dr. L. Rydygiera spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, oraz przez podwykonawców, z którymi zawarte są odrębne umowy związane z dalszą realizacją świadczeń zdrowotnych.

*Я* ***даю своё согласие*** *на обработку моих личных данных для оказания медицинских услуг, которые будут реализованы Медицинским Центром им. доктора Л. Рыдыгера общество с ограниченной ответственностью и подрядчиками, с которыми подписаны отдельные договора на дальнейшую реализацию услуг.*

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, iż Administratorem moich danych osobowych jest Centrum Medyczne im. dr. L. Rydygiera spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, Inspektorem Ochrony Danych jest Joanna Styrcz, adres email: jssp.spzoo@gmail.com, moje dane osobowe będą przetwarzane w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze oraz w celu zapewnienia opieki zdrowotnej, przysługuje mi prawo dostępu do danych osobowych, prawo uzyskania kopii danych, prawo do sprostowania danych osobowych, w przypadku danych osobowych przetwarzanych na podstawie zgody - prawo do usunięcia danych (tzw. ,,prawo do bycia zapomnianym"), prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie ich przetwarzania, do przeniesienia danych, prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych. Mam również prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania moich danych osobowych. W razie niezgodnego z prawem przetwarzania moich danych osobowych przysługuje mi prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Danych Osobowych na adres 00-193 Warszawa, ul. Stawki 2. Pełna klauzula informacyjna, dotycząca przetwarzania moich danych osobowych znajduje się w rejestracji poradni i jest publikowana na stronie internetowej: <http://centrumrydygiera.pl/>

*Заявляю, что был проинформирован/-а, что Администратором моих личных данных является Медицинский Центр им. доктора Л. Рыдыгера общество с ограниченной ответственностью, Инспектором Защиты Данных является Ёонна Стырч, адрес электронной почты :* *jssp.spzoo@gmail.com**, мои личные данные будут обрабатываться с целью выполнения юридических обязанностей, которые лежат на Администраторе и с целью предоставления медицинского обслуживания, мне принадлежит право доступа к личным данным, право получения копии данных,право на исправление личных данных, в случае личных данных обрабатываемых на основании соглашения – право на удаление данных (то есть «право быть забытым»), право отзыва согласия в любом моменте его обработки, переноса данных, право на ограничение обработки личных данных. Имею также право на внесение протеста на обработку моих личных данных. В случае обработки личных данных несоответствующей с законом, я имею право внести жалобу Президенту Департамента Личных Данных на адрес 00-193 Варшава, ул. Ставки 2. Полный информационный пункт, касающийся обработки моих личных данных находится в регистратуре поликлиники и опубликован на сайте <http://centrumrydygiera.pl/>*

# Czytelny podpis, miejscowość, data

# *Подпись, город, дата...............................................................................................................................................*

Podstawy prawne:

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t. j. Dz.U.2017 poz. 1318), Ustawa z dnia *5* grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t. j. Dz.U.2018 poz. 617), Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony os6b fizycznych w zwiqzku z przetwarzaniem danych

osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (og6lne rozporządzenie o ochronie danych) Dz.U.UE.L.2016.119.1 (powyżej: RODO)

* Niepotrzebne skreślić

••Podanie danych osobowych wymienionych w Ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta jest niezbędne do założenia dokumentacji medycznej. Jeżeli pacjent podaje więcej danych niezbędne jest wyrażenie zgody na ich przetwarzanie.

Przedmiotowe oświadczenie jest integralną częścią historii zdrowia i choroby

 *Правовые основания:*

*Правовой акт от дня 6 ноября 2008 г. о правах пациента и Уполномоченный по правам пациента (Журнал Правовых Актов 2017 поз. 1318) Правовой акт от дня 5 декабря 1996 г. о профессии врача и врача стоматолога (Журнал Правовых Актов 2018 поз. 617)*

*Постановление Европейского Парламента и Совета (ЕС) 2016/679 от дня 27 апреля 2016 г. касательно охраны физических лиц в связи с обработкой личных данных и касательно свободного потока таких данных и отмены деректива 95/46/WE (общее положение о охране даных) Dz.U.UE.L.2016.119.1 (выше: РОДО)*

*\* Ненужное зачеркнуть*

*\*\* Предоставление данных упомянутых в Правовом Акте о правах пациента и Уполномоченного по Правам Пациента необходимы для создания медицинской документации. Если пациент предоставляет больше данных, необходимо согласие на их обработку.*

*Заявление, о котором идет речь, является интегральной частью истории здоровья и болезни*

-

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko pacjentaИмя, фамилия пациента |  |
| PESEL ПЕСЕЛЬ (если нет, то дата рождения) |  |
| Adres zamieszkaniaАдрес проживания |  |

Oświadczam, że nie mam:

1. Objawów ostrej infekcji (gorączka, kaszel, duszności, biegunka)
2. Kontaktów z dziećmi, rodzicami/opiekunami i innymi osobami zamieszkującymi we wspólnym gospodarstwie domowym mającymi objawy ostrej infekcji (gorączka, kaszel, duszności, biegunka)
3. Kontakt z osobami zamieszkującymi we wspólnym gospodarstwie domowym, które mają potwierdzone zakażenie SARS CoV-2 w ciągu ostatnich 7 dni

Oświadczam, że informacje przeze mnie podane są zgodne ze stanem rzeczywistym. Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych oświadczeń. Jestem świadoma/y ryzyka udzielania świadczeń medycznych w stanie epidemii SARS CoV-2

*Заявляю, что у меня отсутствуют:*

1. *Симптомы острой инфекции (температура, кашель, отдышка, растройство кишечника*
2. *Контакты с детьми, родителями/ опекунами и другими людьми, которые поживают вместе и у них наблюдаются симптомы острой инфекции (температура, кашель, отдышка, растройство кишечника)*
3. *Контакты с людьми проживающими вместе с теми, у кого подтверждено заражение SARS CoV-2 в течение последних 7 дней*
4. *Контактов с людьми проживающими вместе с теми, кто находится на карантине в связи с риском заражения SARS CoV-2*

*Заявляю, что вся представленная информация соответствует правде. Я осведомлен/а об уголовной ответственности за предоставление неправдивой информации. Я ознакомлен/а с угрозой предоставления медицинских услуг во время эпидемии SARS CoV-2.*

|  |  |
| --- | --- |
| Podpis osoby składającej oświadczenie*Подпись лица, подающего декларацию* | Data złożenia oświadczenia*Дата подачи декларации* |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Data i podpis osoby przyjmującej deklarację

*Дата и подпись лица принимающего декларацию.................................................................................................................*

·

Centrum Mectyczne

Im. Dr. L. Rydygiera

sp. z o.o.

 Dział Fizjoterapii

Ul. Próchnika 11

90-211 Łodź

Imię i nazwisko

*Имя, фамилия* .......................................................................................................................

Pesel

*ПЕСЕЛЬ (если нет, то дата рождения*..........................................................................

Adres

*Адрес.....................................................................................................................................*

Płeć (*пол)*

 □ kobieta (ж*енский)*

 □ mężczyzna (*мужской)*

 ICD10:…………………………………………………………………………………………………………………………….

 Rozpoznanie/ *диагноз*

 Imię i nazwisko, NPWZ lekarza kierującego/ *Имя и фамилия, номер направляющего врача*

..........................................................................................................................................................................................................

Data wystawienia skierowania/ *дата выдачи направления* ..................................................................................................................................

Data rozpoczęcia zabiegów/ *дата начала процедур*...................................................................................................................

Data zakończenia zabiegów/ *дата окончания процедур* .......................................................................................

Ilość odbytych zabiegów/ *число пройденных процедур*.................................................................................................

**Informuję, że zabiegi zostały wykonane zgodnie ze zleceniem bez modyfikacji/ z modyfikacjami**

***Информирую, что процедуры были проведены согласно рекомендациям без изменений/ с изменениями***

Opinia dotycząca realizacji zabiegów (modyfikacja)

*Характериска реализации процедур (изменения)...................................................................................................................*

*.....................................................................................................................................................................................................*

*.........................................................................................................................................................................................*

*.........................................................................................................................................................................................*

 Efekty przeprowadzonej terapii (POPRAWA) /*Эффекты терапии (УЛУЧШЕНИЕ):*

* całkowita*/ полное*
* znaczna/ *значительное*
* umiarkowana/ *среднее*
* nieznaczna/ *незначительное*
* brak poprawy*/ отсутствие улучшения*
* pogorszenie/ *ухудшение*

Choroby współistniejące/ *сопутствующие болезни:*

* Choroby nowotworowe/ *анкологические заболевания*
* Arytmia serca/ *аритмия сердца*
* Rozrusznik serca/ *кардиостимулятор*
* Nadciśnienie tętnicze*/ гипертония, высокое давление*
* Niewydolnosc krenia/*недостаточность кровообращения, низкое давление*
* Znamiona na sk6rze/ *родимые пятна*
* Cukrzyca/ *сахарный диабед*
* Choroby umyslowe/ *психические заболевания*
* Epilepsja/*эпилепсия*
* Zakrzepy i zapalenia zyl/ *тромбы и флебит (воспаление вен)*
* Metalowe wszczepy*/ металлические импланты*

Przebyte operacje/ *перенесенные операции*..............................................................................

...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Po zapoznaniu się z planem leczenia** i **przeciwwskazaniami do zabiegów, nie zgłaszam żadnych przeciwwskazań i** **wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegów./ *После ознакомления с планом лечения и противопоказаниями к процедурам, не вношу никаких возражений и выражаю своё согласие на проведение процедур***

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych** *Dz.U.UE.2016.119.1* ***(RODO)/ Выражаю своё согласие на обработку личных данных согласно общему постановлению об охране личных данных Dz.U.UE.2016.119.1 (RODО)***

Ocena dolegliwości bólowych skala VAS/ *Оценка болевых ощущений по шкале VAS*

Przed terapią/ *перед терапией..............................................................................................*

Po terapii/ *после терапии........................................................................................................................*

DATA I PODPIS PACJENTA DATA I PODPIS FIZJOTERAPEUTY

 *дата и подпись пациента дата и подпись физиотерапевта*

*Otrzymałem informację zwrotną do lekarza kierującego i zobowiązuję się do jej dostarczenia/ получил/-а обратную информацию для врача и обязуюсь её доставить*

*DATA I PODPIS PACJENTA*

 *дата и подпись пациента*

**KARTA BADANIA PACJENTA**

Cel leczenia*/ Цель лечения:*

□ Przeciwbólowo/ *снятие боли*

□ Poprawa ruchomości/ *улучшение движения*

□ Wzmocnienie siły mięśniowej / *укрепление силы мышц*

□ Likwidacja obrzęków / *ликвидация оттеков*

□ Poprawa funkcjonowania w wykonywaniu czynności dnia codziennego /*улучшение функционирования в ежедневных действиях*

Ocena stanu pacjenta przed leczeniem / *оценка состояния пациента перед лечением:*

................................................................................................................................

................................................................................................................................

................................................................................................................................

................................................................................................................................

................................................................................................................................

•

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Plan leczenia / *план лечения:*

 .......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Ocena stanu pacjenta po leczeniu / *оценка состояния пациента после лечения*

...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Zalecenia dla pacjenta / *рекомендации для пациента:*

.................................................................................................................................

.................................................................................................................................

·································································································································

................................ ..................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………