

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

DANE OSOBOWE PACJENTA	
Nazwisko	
Imię/imiona	
Data urodzenia	
Płeć	
PESEL	
Adres zamieszkania/ adres korespondencyjny	

OSOBA UPOWAŻNIONA PRZEZ PACJENTA DO OTRZYMYWANIA INFORMACJI (jeżeli Pacjent dokonał upoważnienia)	
Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
Numer telefonu	
PESEL*	

*jeżeli został podany

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO *	
Nazwisko	
Imię	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Numer telefonu	

*Wypełnić w przypadku osób ubezwłasnowolnionych lub niezdolnych do samodzielnego wyrażenia zgody na umieszczenie w Zakładzie

Potwierdzam prawdziwość przekazanych danych

(data i podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego)

Potwierdzam zgodność danych osobowych z przedłożonym
dowodem osobistym

.....

(podpis pracownika)