

OŚWIADCZENIE

Formularz świadomej zgody na zabieg kąpieli perełkowej

Ja, niżej podpisany(a)wyrażam zgodę na mój zabieg kąpieli perełkowej.

Oświadczam, że miałem(am) możliwość zadania personelowi pytań i uzyskałem(am) na nie wyczerpujące odpowiedzi. Zrozumiałem(am) przebieg zabiegu.

Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o przeciwwskazaniach do zabiegu kąpieli perełkowej.

Ponadto przed rozpoczęciem zabiegu kąpieli perełkowej udzieliłem(am) pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które personel zadawał w trakcie wywiadu odnośnie mojego stanu zdrowia, przyjmowanych leków oraz przebytych urazów i zabiegów – *zgodnie z ankietą stanowiącą załącznik nr 1 do niniejszego oświadczenia.*

Niniejszym oświadczam, że zapoznałem(am) się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą zgodę na rozpoczęcie zabiegu kąpieli perełkowej.

Załączniki do oświadczenia:

- 1) Formularz świadomej zgody na zabieg kąpieli perełkowej.
- 2) Klauzula RODO

Data, _____
Czytelny podpis Klienta (Rodzica lub opiekuna prawnego)

Podpis osoby przyjmującej oświadczenie

Załącznik nr 1 do Oświadczenia – Formularz świadomej zgody na zabieg kąpieli perłkowej

ANKIETA

Wszystkie podane informacje są objęte tajemnicą i służą trosce o Państwa bezpieczeństwo. Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. W przypadku trudności z odpowiedzią proszę pominąć pytanie i wyjaśnić wątpliwości z personelem Ośrodka Wypoczynkowego „Radość”.

Poniższe pytania służą do zebrania informacji koniecznych do zakwalifikowania na zabieg i ustalenia ewentualnych przeciwwskazań.

.....
Nazwisko, imię Klienta

.....
data urodzenia

Telefon

E-mail:

1. Czy czuje się Pan(i) ogólnie zdrowy(a) (brak infekcji wirusowej, gorączki)? TAK NIE
2. Czy ma Pan(i) niewydolność układu krążenia? TAK NIE
3. Czy czuje Pan(i) przemęczenie, osłabienie organizmu? TAK NIE
4. Czy ma Pan(i) choroby zakaźne skóry? TAK NIE
5. Czy ma Pan(i) infekcje grzybicze? TAK NIE
6. Czy ma Pan(i) niewydolność krążeniową? TAK NIE
7. Czy choruje Pan(i) na miażdżycę? TAK NIE

Pytania dotyczące kobiet:

Czy jest Pani w ciąży? TAK NIE

Czy jest Pani w trakcie menstruacji? TAK NIE

OŚWIADCZENIE KLIENTA (OPIEKUNA PRAWNEGO)

Niniejszym oświadczam, że podane dane są zgodne z prawdą. Wszystkie zmiany w sytuacji zdrowotnej zobowiązuję się zgłosić w czasie najbliższej wizyty po ich zaistnieniu.

.....
data

.....
podpis Klienta (opiekuna prawnego)

Załącznik nr 2 do Oświadczenia – Klauzula RODO

„CS Natura Tour” sp. z o.o. uprzejmie informuje, że zabiegi kąpieli perełkowej wiążą się z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych i medycznych.

Jednocześnie informujemy, że:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych i medycznych jest „CS Natura Tour” sp. z o.o. , z siedzibą w Warszawie 04-510, ul. Thomasa Edisona 2, zwany dalej Administratorem;
- Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – adres e-mail: iod@naturatour.pl
- Administrator będzie przetwarzać Pani/Pana dane w celu wykonywania świadczeń medycznych;
- podanie danych osobowych jest niezbędne do wykonywania świadczeń medycznych na Pani/Pana rzecz;
- dane osobowe osób fizycznych, o których mowa w pkt 1 przetwarzane będą w celu realizacji niniejszego zabiegu, o którym mowa powyżej oraz rozliczenia w zakresie: dane zwykłe – imię, nazwisko, data urodzenia, numer telefonu, adres poczty elektronicznej oraz dane wrażliwe: stan zdrowia – na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,
- dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu;
- administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- wszystkie Pani/Pana dane osobowe i medyczne uzyskane w związku z: przyjęciem i pobytem w placówce leczniczej, badaniami diagnostycznymi lub innymi działaniami leczniczymi będą przechowywane do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania tych danych wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa;
- przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie;
- jeżeli Pani/Pan uzna, iż przetwarzanie Pańskich danych osobowych narusza przepisy o RODO może Pani/Pan wnieść skargę do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

OŚWIADCZENIE KLIENTA (OPIEKUNA PRAWNEGO)

Niniejszym oświadczam, że zapoznałem się klauzulą RODO dot. przetwarzania moich danych osobowych i medycznych.

.....
data

.....
podpis Klienta (opiekuna prawnego)