



Ankieta kwalifikacji do rehabilitacji kardiologicznej

Uzdrowisko-Konstancin, ul. Sue Ryder 1, Konstancin-Zdrój

Imię i nazwisko pacjenta: _____

PESEL _____

Adres zameldowania: _____

Adres zamieszkania: _____

Telefon kontaktowy: _____ e-mail: _____

Masa ciała: _____ kg Wzrost: _____ cm

Rozpoznanie choroby zasadniczej:

Inne dodatkowe schorzenia:



Lista przyjmowanych leków:

LP.	NAZWA LEKU	DAWKA	CZĘSTOTLIWOŚĆ
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

Ograniczenia sprawności ruchowej

☐ tak

☐ nie

Jeśli tak jakiego rodzaju:

Inne istotne uwagi o stanie zdrowia:

Preferowany termin pobytu: _____ (miesiąc / rok)

- ☐ Zaświadczam, iż dane zawarte w niniejszej ankiecie kwalifikacyjnej są zgodne z prawdą.
- ☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, podanych w ankiecie kwalifikacji do rehabilitacji neurologicznej, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r. (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135), przez administratora danych osobowych, czyli Uzdrowisko Konstancin-Zdrój S.A. z siedzibą w Konstancinie-Jeziornie, przy ul. Sue Ryder 1, w celu realizacji usług rehabilitacji neurologicznej. Jestem świadomy/a, że podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji procesu kwalifikacyjnego oraz że przysługuje mi prawo wglądu do treści swoich danych oraz prawo ich poprawiania.

Data

Podpis pacjenta / opiekuna