KWESTIONARIUSZ KWALIFIKACYJNY

MagnetoSTYM - terapia nietrzymania moczu

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Informacja o terapii
Zostałem/am poinformowany/a, że MagnetoSTYM jest nieinwazyjną metodą terapii mięśni dna miednicy stosowaną w leczeniu nietrzymania moczu.

Przeciwwskazania (TAK / NIE)

- zmiany gruźlicze - TAK / NIE
- zmiany onkologiczne - TAK / NIE
- ciąża - TAK / NIE
- zakażenia w miejscu zabiegowym - TAK / NIE
- aktywne zapalenie pęcherza - TAK / NIE
- endoproteza biodra - TAK / NIE
- rozrusznik / implanty w miejscu zabiegowym - TAK / NIE

Oświadczenie pacjenta
Oświadczam, że podałem/am prawdziwe informacje o stanie zdrowia oraz zostałem/am poinformowany/a o przeciwwskazaniach i charakterze terapii.
Po uzyskaniu wyjaśnień dotyczących celu, przebiegu, spodziewanych korzyści, możliwych działań niepożądanych oraz przeciwwskazań wyrażam świadomą zgodę na wykonanie terapii MagnetoSTYM.

Skrócona informacja o przetwarzaniu danych osobowych (RODO)
Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Łuksja-Med Sp. z o.o. z siedzibą w Łukowie przy ul. Staropijarskiej 3.
Dane osobowe, w tym dane dotyczące zdrowia, przetwarzane są w celu udzielania świadczeń zdrowotnych, prowadzenia dokumentacji medycznej oraz realizacji obowiązków wynikających z przepisów prawa.
Odbiorcami danych mogą być podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa oraz podmioty współpracujące przy realizacji świadczeń zdrowotnych.
Dokumentacja medyczna przechowywana jest przez okres wymagany przepisami prawa.
Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
Pełna klauzula informacyjna dostępna jest w rejestracji oraz na stronie internetowej placówki.

.....
Data i czytelny podpis pacjenta