

Nazwisko i imię pacjenta: _____ Adres zamieszkania: _____
Data urodzenia: _____
PESEL: _____ Adres do korespondencji: _____
Płeć: _____ (jeśli inny niż zamieszkania)
Telefon kontaktowy: _____

W przypadku wypełniania danych na komputerze, należy dwukrotnie kliknąć w dowolne powyższe pole (edycja nagłówka).

Zgoda na leczenie

Ja, niżej podpisany/a, wyrażam zgodę na leczenie przez dr n. med. Magdalenę Cudałę-Kucharską. Podpisanie zgody jest jednoznaczne z akceptacją regulaminu dostępnego w Gabinetcie oraz na stronie internetowej www.drcubala.com.

Oświadczam, że poinformowano mnie o wszystkich znanych, możliwych pozytywnych i negatywnych skutkach leczenia. Mam świadomość, że leczenie w Instytucie Medycyny Integracyjnej Arcana nie zastępuje Podstawowej Opieki Zdrowotnej. W wypadkach nagłych należy się kontaktować z przeznaczoną do tego placówką medyczną najbliższej miejsca zamieszkania.

Data: _____

Podpis: _____

Dobrowolna zgoda na udział w badaniu

Wyrażam zgodę na anonimowe wykorzystywanie do badań naukowych prowadzonych w Arcana IMI moich wyników badań laboratoryjnych oraz dokumentacji medycznej.

Data: _____

Podpis: _____