

BETEGFELVÉTELI ADATLAP

KÉRJÜK, A BETEGFELVÉTELI ADATLAPOT NYOMTATOTT BETŰKKEL, OLVASHATÓAN TÖLTSE KI!
KÖSZÖNJÜK!

Név:	Születési név:
Születési hely, idő:	Anyja neve:
TAJ-szám:	Egészségpénztári tagság esetén az egészségpénztár neve:
Lakcím (értesítési cím):	
Telefonszám, fax:	Egészségpénztári azonosító:
E-mail:	

Ismert gyógyszerérzékenység:
Penicillin: <input type="checkbox"/>
Algopyrin: <input type="checkbox"/>
Lidocain: <input type="checkbox"/>
Érzékenység egyéb gyógyszerre:

ADATKEZELÉSI NYILATKOZAT

Alulírott kijelentem, hogy a Regenero Egészségház Kft. által működtetett Regenero Egészségház szolgáltatásait igénybe kívánom venni, ezért hozzájárulok az ehhez szükséges személyazonosító és egészségügyi adataim *Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény I. fejezet 3.§-ban* foglaltakon, valamint az egészségbiztosítási pénztárakkal és betegellátást szervező szervezetekkel létrejött szerződésekben rögzített kötelezettségeken alapuló nyilvántartásához és kezeléséhez.

Budapest, 2021. hónap nap

.....
aláírás