

POTWIERDZENIE REJESTRACJI

Dane pacjenta:

Imię i Nazwisko Pesel

Dane skierowania:

Rodzaj badania Nr skierowania

Data wystawienia

Potwierdzam:

1. Odbiór oryginału skierowania na badanie REZONANSU MAGNETYCZNEGO, które zostało dostarczone dnia..... i pozytywnie zweryfikowane pod względem formalnym.

2. Termin badania ustalono na..... o godzinie

3. **Warunkiem przyjęcia na badanie, jest posiadanie potwierdzenia rejestracji.**

.....
data i podpis rejestratorki

Podstawa prawna przetwarzania danych wynika z ustaw: o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997r. z późn. zm., o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011r. z późn. zm., o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 06 listopada 2008r. z późn. zm., o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004r. z późn. zm.