

VšĮ Vilniaus psichoterapijos ir psichoanalizės centras

ORIGINALAS NEBUS SIUNČIAMAS

DĖL DUOMENŲ TEIKIMO

20..... d.
Vilnius

Prašome suteikti informaciją, ar pacientas įrašytas į psichikos ir priklausomybės ligų registrą.

Vardas, pavardė, asmens kodas, tel. numeris

Adresas

Nurodyti esamas ir būsimas kategorijas, ar vairuojama su akiniais ir kitus apribojimus

PRIDEDAMA. Raštiško paciento sutikimo dėl šios informacijos suteikimo mūsų įstaigoje kopija.

Prašymą užpildė: _____

tel. 8 5 260 76 36, el. p. pazymos@asklinika.lt

SUTIKIMAS DĖL INFORMACIJOS APIE ASMENS REGISTRAVIMĄ PSICHIKOS IR PRIKLAUSOMYBĖS LIGŲ REGISTRE SUTEIKIMO

(vardas, pavardė, asmens kodas)

registruotas

(gyvenamoji vieta)

(sveikatos priežiūros įstaiga, kurioje asmuo prisirašęs)

Sutinku, kad duomenys apie mano įrašymą/neįrašymą psichikos ir priklausomybių ligų įskaitoje būtų suteikti ir perduoti el. paštu VšĮ Vilniaus psichoterapijos ir psichoanalizės centras atstovaujantys (-iam)

Duomenys bus tvarkomi pažymos gavimo tikslu ir bus tvarkomi ne ilgiau nei tai būtina nustatytam tikslui įgyvendinti. Duomenys nebus tvarkomi tiesioginės rinkodaros tikslu.

(vardas, pavardė, parašas)

(data)

ATSAKYMAS.....

Viešoji įstaiga

Tel. 8 5 260 76 36

Duomenys kaupiami ir saugomi

Žalgirio g. 90

Mob. Tel. 8 652 11903

Juridinių asmenų registre

LT-07196 Vilnius

Kodas 125963674

El. p. pazymos@asklinika.lt