Mavicus s.c.
Centrum Psychologiczno-Logopedyczne • www.mavicus.pl

nr rejestracyjny

KARTA PACJENTA

Nazwisko ..... Imię .....

Data urodzenia ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ Pesel ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___
dzień miesiąc rok

Adres zamieszkania .....
ulica nr mieszkania

.....
kod miejscowość województwo

Telefon kontaktowy .....

Adres mailowy .....

Data przyjęcia ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___
dzień miesiąc rok

Zgłaszany problem .....

.....

.....

OŚWIADCZENIE PACJENTA LUB PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

Wyrażam zgodę na prowadzenie diagnozy i/lub terapii w Centrum „Mavicus"s.c.

Oświadczam, że zapoznałam/łem się z regulaminem Centrum „Mavicus"s.c. i akceptuję go.

Posiadam wiedzę, że wizyty w Centrum „Mavicus"s.c. są odpłatne, zg. z Cennikiem Usług.

Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji dotyczących prowadzonej diagnozy i terapii pomiędzy terapeutami Centrum „Mavicus"s.c., jeżeli zachodzi taka potrzeba: TAK NIE WYRAŻAM

Podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego: .....

Podpis terapeuty