



Formularz zgłoszeniowy e-rejestracji do poradni specjalistycznej

<i>Dane pacjenta</i>	<i>nazwisko*</i>	<input type="text"/>
	<i>imię*</i>	<input type="text"/>
	<i>PESEL*</i>	<input type="text"/>

<i>Posiadane skierowanie do poradni</i>	<i>nazwa poradni*</i>	<input type="text"/>
	<i>nazwisko lekarza</i>	<input type="text"/>

<i>Dane podmiotu wystawiającego skierowanie (lekarza ubezpieczenia zdrowotnego)</i>	<i>nazwa podmiotu*</i>	<input type="text"/>
	<i>REGON*</i>	<input type="text"/>
	<i>nazwisko lekarza kierującego*</i>	<input type="text"/>
	<i>nr prawa wykonywania zawodu lekarza kierującego*</i>	<input type="text"/>

<i>Dane kontaktowe pacjenta</i>	<i>adres e-mail*</i>	<input type="text"/>
	<i>telefon</i>	<input type="text"/>

<i>Uwagi</i>	<input type="text"/>
--------------	----------------------

Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i wykorzystywanie moich danych, w celu dokonania rezerwacji terminu porady lekarskiej, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 z późniejszymi zmianami).

Data zgłoszenia:

Tak, wyrażam zgodę*

* - dane obowiązkowe (brak tych danych spowoduje odrzucenie zgłoszenia).

Zapisz wypełnione zgłoszenie i dołącz plik z tym formularzem do wiadomości mailowej zaadresowanej na:

olk.gliwice.rejestracja@gmail.com lub olk.gliwice.diabetologia@gmail.com lub olk.gliwice.ginekologia@gmail.com lub olk.gliwice.pulmonologia@gmail.com. W ciągu 72 godzin otrzymasz mailem propozycję rezerwacji terminu porady w wybranej poradni. Przyjęcie proponowanego terminu wymaga Twojej akceptacji drogą mailową oraz – zgodnie z obowiązującymi przepisami – dostarczenia do OLK w Gliwicach – SPZOZ oryginału skierowania w ciągu 14 dni, pod rygorem wykreślenia z kolejki oczekujących. Monitorowanie statusu na liście oczekujących możliwe jest drogą mailową lub telefonicznie pod numerem wewnętrznym 100 – Rejestracja Główna, 250 – Poradnia Diabetologiczna, 230 – Poradnia Ginekologiczna, 201 – Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc .

Uwaga: Pacjentów posiadających skierowanie z klauzulą PILNE, jak i w przypadkach, w których posiadanie skierowania nie jest wymagane, prosimy o bezpośredni kontakt telefoniczny z rejestracją główną zakładu (wewn. 100).

WYPEŁNIA PRACOWNIK REJESTRACJI:

WYPEŁNIA PACJENT:

<i>Proponowany termin porady</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<i>Zgoda pacjenta na termin porady</i>	<input type="checkbox"/> <i>Wyrażam zgodę*</i>
----------------------------------	--	--	--

Uwagi:

W przypadku rezygnacji z zarezerwowanego terminu porady, uprzejmie prosimy o taką informację drogą mailową lub telefonicznie.