

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

1	nazwisko i imię (imiona)	
2	data urodzenia	
3	oznaczenie płci	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
4	adres miejsca zamieszkania
5	numer PESEL (w przypadku osób, które nie mają nadanego nr PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)
6	nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego , data urodzenia oraz nr telefonu (dotyczy małoletnich, całkowicie ubezwłasnowolnionych lub niezdolnych do świadomego wyrażenia zgody)
7	opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych	

Podanie powyższych danych jest dobrowolne, jednak niezbędne do prawidłowej realizacji świadczonych usług zdrowotnych. W przypadku odmowy udostępnienia danych, realizacja celu w postaci udzielenia świadczenia zdrowotnego nie będzie możliwa.

8	nr telefonu	
9	adres e-mail	

Podanie danych zawartych w punktach 8-9 jest dobrowolne, służy celom informacyjnym. W przypadku odmowy wyrażenia zgody na przetwarzanie danych w tym zakresie nie będzie możliwe wykonanie czynności informacyjnych, w szczególności takich jak: informowanie pacjenta o nadchodzących terminach wizyt, ich zmianach, planowanych terminach kontroli.

FORMULARZ ZGODY PACJENTA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

przez Administratora Danych Osobowych

NZOZ Centrum Stomatologii LARDENT Małgorzata Bartoszcze-Tomaszewska

a) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (imię, nazwisko, adres, nr telefonu, adres elektroniczny) w celach informacyjnych związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych przez Centrum Stomatologii LARDENT.

.....

(data)

.....

(podpis)

b) Wyrażam zgodę na przesyłanie mi za pomocą środków komunikacji elektronicznej (poczty elektronicznej i/lub telefonu, w tym sms) informacji o planowanych wizytach lekarskich, badaniach i zabiegach.

.....

(data)

.....

(podpis)

c) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu obejmujących imię, nazwisko, datę urodzenia, telefon oraz adres elektroniczny w celach marketingowych oraz oferowania i sprzedaży usług i produktów przez Centrum Stomatologii LARDENT.

.....

(data)

.....

(podpis)

d) Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji handlowych drogą elektroniczną, zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz.U. z 2002 r. Nr 144, poz. 1204 z późn. zm.).

.....

(data)

.....

(podpis)

Uwaga: Osoba, której dane dotyczą, ma prawo w dowolnym momencie wycofać zgodę. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

NZOZ Centrum Stomatologii LARDENT
Małgorzata Bartoszcze-Tomaszewska
20-135 Lublin, ul. Dworska 14a

Imię i nazwisko

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Oświadczenie

Niniejszym oświadczam, że:

1. do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia oraz udzielonych mi świadczeń zdrowotnych upoważniam*

.....
imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....
*Data urodzenia **lub** nr PESEL*

.....
nr telefonu

2. do uzyskania dokumentacji medycznej upoważniam*

.....
imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....
*Data urodzenia **lub** nr PESEL*

.....
nr telefonu

3. nie wyrażam zgody na udzielanie komukolwiek informacji o stanie mojego zdrowia oraz udzielonych mi świadczeń zdrowotnych*

4. nie wyrażam zgody na udostępnianie komukolwiek mojej dokumentacji medycznej*

Lublin, dnia

Podpis pacjenta

Podpis przyjmującego zgłoszenie

*zbędne skreślić