NUMER KARTY: NUMER TELEFONU (KONTAKT): DATA REJESTRACJI:

KARTA STOMATOLOGICZNA

TAK	NIE

UBEZPIECZONY:

Oddział NFZ

NAZWISKO: IMIE:

K M

ADRES ZAMIESZKANIA: (KOD POCZTOWY, MIASTO, ULICA) E-MAIL:

NR DOKUMENTU UPRAWNIAJĄCEGO DO ŚWIADCZEŃ

DATA URODZENIA: PESEL:

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

wyrażam zgodę i upoważniam / nie wyrażam zgody i nie upoważniam nikogo* do otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych

wyrażam zgodę i upoważniam / nie wyrażam zgody i nie upoważniam nikogo* do otrzymania mojej dokumentacji medycznej

wyrażam zgodę i upoważniam / nie wyrażam zgody i nie upoważniam nikogo* do wglądu w moją dokumentacje medyczna po mojej śmierci

* Należy zakreślić wybraną odpowiedź

Zostałem/ łam poinformowany o prawie do odbioru mojej dokumentacji medycznej osobiście za pokwitowaniem lub przez osobę upoważnioną przeze mnie w przypadku decyzji zniszczenia mojej dokumentacji medycznej po uprzednim złożeniu pisemnego wniosku.

Imię i nazwisko osoby upoważnionej: ……..

Telefon osoby upoważnionej :.....

Data, czytelny podpis pacjenta :…….

(Druk stanowi integralną część Historii Zdrowia i Choroby)

☐ Wyrażam zgodę na leczenie stomatologiczne mojego/mojej podopiecznego/podpopiecznej ..... w Prywatnym Centrum Stomatologicznym - Maciej Kozłowski.

TAK	NIE

PACJENT WYRAŻA ZGODĘ NA KONTAKT DROGĄ ELEKTRONICZNĄ (e-mail, SMS)

Na podstawie art. 23 ust. 1 i art. 2 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 133, poz. 883) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez PRYWATNE CENTRUM STOMATOLOGICZNE - MACIEJ KOZŁOWSKI:
siedziba - ul.Spokojna 23, 56-400 Oleśnica,
filie - ul. Oleśnicka 10, 46-100 Namysłów
- ul. Warszawska 104, 98-400 Wieruszów
- ul. Piłsudskiego 13, 50-048 Wrocław
- ul. 3 Maja 8U/6, 55-200 Oława

w celach związanych z działalnością PRYWATNE CENTRUM STOMATOLOGICZNE - MACIEJ KOZŁOWSKI.

Oświadczam, że posiadam wiedzę o przysługującym mi prawie do kontrolowania oraz przetwarzania swoich danych osobowych oraz żądania uzupełniania, uaktualnienia, prostowania oraz usunięcia tych danych.

PIECZĘĆ ŚWIADCZENIODAWCY

.....

podpis pacjenta, rodzica lub opiekuna prawnego

.....

podpis pacjenta, który ukończył 16 lat do 18 roku życia