

OrtoMAG Grażyna Anna Matowska
76-200 Słupsk ul. Teatralna 1/1
REGON: 770568388
Tel.: 59 8420778

Słupsk, dn.

Dane pacjenta

Nazwisko i imię:

PESEL:.....

Adres:

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego na zasadach określonych w rozdz. 5 Ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta.

.....
czytelny podpis pacjenta

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Zakres danych:

nr telefonu komórkowego

adres e-mail.....

Ja niżej podpisany wyrażam zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016r. Tzw. RODO wyraźną i dobrowolną zgodę na:

1. Przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez **OrtoMAG Grażyna Anna Matowska ul. Teatralna 1/1 76-200 Słupsk** w celu komunikacji korzystania z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dot. planowanych wizyt.
 2. Powierzone dane nie będą używane do celów marketingowych, lecz jedynie na potrzeby leczenia ortodontycznego w gabinecie **OrtoMAG Grażyna Anna Matowska ul. Teatralna 1/1 76-200 Słupsk**
 3. Dane osobowe będą przechowywane w **OrtoMAG Grażyna Anna Matowska ul. Teatralna 1/1 76-200 Słupsk** przez okres 20 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym zostało udzielone świadczenie.
 4. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne do udzielenia usług ortodontycznych. W przypadku nie podania danych osobowych nie będzie możliwe udzielenie świadczeń ortodontycznych.
 5. Wyrażam zgodę na wykonywanie w gabinecie ortodontycznym zdjęć aparatem fotograficznym, wycisków do modeli diagnostycznych oraz wydawania skierowań na wykonanie zdjęć rentgenowskich, które są wykonywane w innych placówkach. Z placówkami tymi mamy podpisane umowy o ochronie danych osobowych i ich przetwarzaniu tylko i wyłącznie na potrzeby wykonania usług ortodontycznych.
- *Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

.....
czytelny podpis świadczeniobiorcy

Dane przedstawiciela ustawowego* (dotyczy pacjentów niepełnoletnich)

Nazwisko i imię:

PESEL:

Adres:

Telefon:

.....
czytelny podpis opiekuna

OŚWIADCZENIE

Zgodnie z Dz. U. Nr 252, poz 1697 oświadczam, że upoważniam Pana/Panią

.....
(nazwisko i imię)

PESEL

Telefon

do:

1) uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych

TAK/NIE

2) uzyskiwaniu dokumentacji medycznej

TAK/NIE

.....
czytelny podpis pacjenta (opiekuna * osoba niepełnoletnia)