

Imię i nazwisko pacjenta:.....

Pesel: .....

Adres zamieszkania:.....

- 1.1.** Upoważniam następujące osoby do otrzymania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielanych mi świadczeniach:

L.P.	Osoba upoważniona	Adres zamieszkania	Telefon

- 1.2** Nie upoważniam żadnych osób do otrzymania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach

- 2.1** Upoważniam następujące osoby do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby

L.P.	Osoba upoważniona	Adres zamieszkania	Telefon

- 2.2** Nie upoważniam żadnych osób do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby

- 3.** Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody na przesyłanie informacji medycznej na adres mailowy:\*

.....

- 4.** Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody na kontakt telefoniczny w sprawach związanych z realizowanymi świadczeniami medycznymi z wykorzystaniem poniższego numeru \*

Numer telefonu:.....

\*Niepotrzebne skreślić

- 5.** Wyrażam zgodę na stosowanie monitorowania wizyjnego podczas przebywania w gabinetach stomatologicznych

**Niniejsze oświadczenie obowiązuje do odwołania / zmiany.**

W wypadku podania osób upoważnionych do otrzymywania informacji o stanie zdrowia oraz upoważnionych do otrzymywania dokumentacji medycznej, prosimy o poinformowanie tych osób o fakcie, że ich dane będą przetwarzane przez PRZYCHODNIĘ STOMATOLOGICZNA „AS – DENT” i że przysługują im poniższe prawa

Data złożenia oświadczenia:.....

Czytelny podpis pacjenta:.....

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż Administratorem Państwa danych osobowych jest ANNA GOSZCZYCKA, prowadząca zakład leczniczy PRZYCHODNIA STOMATOLOGICZNA „AS – DENT” ANNA GOSZCZYCKA (AS DENT). Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest Andrzej Peńsko Tel. +48668906046. Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji świadczeń medycznych przez AS - DENT, na podstawie art. 9 punkt 2h rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres określony w art. 29 ustawy z dnia 06 listopada 2008 o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Posiadacie Państwo prawo dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania, wyrażenia sprzeciwu przeciw przetwarzaniu danych osobowych prawo ograniczenia przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych. Posiadacie Państwo prawo do wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych, gdy uznacie, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Państwa narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. Podanie przez Państwa danych osobowych jest warunkiem udzielenia świadczeń medycznych przez jednostki organizacyjne AS - DENT. Państwa dane mogą być przekazywane podwykonawcom świadczeń medycznych współpracującym z AS – DENT. Państwa dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w systemach informatycznych obsługi pacjenta. AS – DENT nie stosuje metod zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.