

Imię i nazwisko pacjenta:.....

Pesel:.....

Adres zamieszkania:.....

Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie:.....

Stopień pokrewieństwa: - Matka - Ojciec - Opiekun prawny

Imię i nazwisko drugiego Rodzica:

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

L.P.	Osoba upoważniona	Adres zamieszkania	Telefon

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

- 2.1** Upoważniam następujące osoby do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojego dziecka

L.P.	Osoba upoważniona	Adres zamieszkania	Telefon

- 2.2** Nie upoważniam żadnych osób do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojego dziecka

- 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 monitoringu wizyjnego podczas przebywania mojego dziecka w gabinecie stomatologicznym

Niniejsze oświadczenie obowiązuje do odwołania, zmiany lub osiągnięcia pełnoletności przez pacjenta.

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 STOMATOLOGICZNĄ „AS – DENT” i że przysługują im wymienione poniżej prawa.

Data złożenia oświadczenia:..... Czytelny podpis Rodzica / Opiekuna

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.