

OŚWIADCZENIE PACJENTKI/ PACJENTA

Ja, niżej podpisana/-y

Pacjent/ka
Imię i nazwisko *PESEL (dowód tożsamości w przypadku braku numeru PESEL i kraj wydania dokumentu)*

Adres zamieszkania

Adres do korespondencji

Dane do wystawiania faktur.....
imię i nazwisko lub nazwa firmy

.....
Adres *NIP (w przypadku firmy)*

Przedstawiciel ustawowy pacjenta
(jeśli dotyczy) *imię i nazwisko* *PESEL (dowód tożsamości w przypadku braku numeru PESEL i kraj wydania dokumentu)*

oświadczam, że:

1. wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny i smsowy ze strony kliniki stomatologicznej **NIEWADA CLINIC IMPLANTOLOGIA I STOMATOLOGIA ESTETYCZNA** (dalej **Klinika**) na podany przeze mnie numer telefonu _____ ;

2. wyrażam zgodę nie wyrażam zgody - na korespondencję elektroniczną na mój adres e-mail (poniżej), w tym na przesyłanie wyników badań i innych elementów dokumentacji medycznej, jeśli wyrażę taką wolę. Dokumentacja będzie przesyłana w zaszyfowanym pliku. Hasło zostanie przesłane sms-em na podany powyżej numer telefonu;

Adres e-mail (każdy znak w oddzielnej kratce):

3. zostałam/-em poinformowana/-y, że pacjenci zobowiązani są przed każdą wizytą okazać dowód osobisty lub inny dokument tożsamości ze zdjęciem, który będzie również niezbędny przed każdą wizytą - zwłaszcza przed zabiegiem i badaniami - w celu właściwej identyfikacji pacjenta i jego materiału biologicznego; dowód w aplikacji mObywatel, nie jest w Klinice akceptowany

4. mam świadomość konieczności poinformowania personelu medycznego Kliniki o moim stanie zdrowia, przebytych zabiegach, chorobach. Klinika nie ponosi odpowiedzialności za powikłania pozostające w związku przyczynowo - skutkowym z brakiem udzielenia przez pacjenta rzetelnej i prawdziwej informacji dotyczącej jego stanu zdrowia;

5. wszelkie dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są prawdziwe, zobowiązuję się informować Klinikę o ich zmianach; mam świadomość konieczności bieżącego aktualizowania moich danych teleadresowych i konsekwencji wynikających z zaniechania takiego działania - jeśli Pacjentka/ Pacjent nie poinformuje Klinik o zmianie numeru telefonu, może to skutkować wysłaniem smsowej informacji o wizycie innej, nieuprawnionej osobie.

6. zostałam/-em poinformowana/-y, że w Klinice, w tym gabinetach stomatologicznych, stosowany jest monitoring wizyjny;

7. Wyrażam zgodę Nie wyrażam zgody - na przetwarzanie moich danych osobowych - w zakresie obejmującym imię, nazwisko, adres zamieszkania, adres email przez NIEWADA CLINIC IMPLANTOLOGIA I STOMATOLOGIA ESTETYCZNA z siedzibą w Warszawie 02-765, al. Wilanowska 5 lok. uż. 2w celach marketingowych.

8. zostałem/-am poinformowany/-a, że: a/ Administratorem moich danych osobowych jest Paweł Niewada prowadzący działalność gospodarczą NIEWADA CLINIC IMPLANTOLOGIA I STOMATOLOGIA ESTETYCZNA z siedzibą w Warszawie 02-765, al. Wilanowska 5 lok. uż. 2. b/ Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, kontakt iod@niewadaclinic.pl c/ moje dane są przetwarzane do realizacji celów zdrowotnych d/ mam prawo dostępu do danych, do ich sprostowania i uzupełnienia, a także żądania ograniczenia przetwarzania, sprzeciwu wobec przetwarzania, przenoszenia - w przypadkach określonych przez przepisy RODO oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa UODO; e/ pełna informacja o przetwarzaniu danych znajduje się w Polityce prywatności udostępnionej w Klinice i na stronie internetowej www.niewadaclinic.pl ;

Data i czytelny podpis Pacjentki/Pacjenta _____

Data i czytelny podpis Przedstawiciela ustawowego w przypadku pacjenta niepełnoletniego _____
(w przypadku pacjenta między 16 a 18 r.ż. - zgoda równoległa przedstawiciela ustawowego Pacjenta)

UPOWAŻNIENIA */

Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych

Osobą upoważnioną do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych jest:

Imię i nazwisko osoby upoważnionej

Telefon kontaktowy

Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej

Osobą upoważnioną do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby we wszelkich prawnie dopuszczalnych formach udostępniania dokumentacji medycznej jest:

Imię i nazwisko osoby upoważnionej

Telefon kontaktowy

Data i podpis Pacjentki/ Pacjenta

W imieniu Kliniki przyjąłem/przyjęłam niniejszy dokument (oświadczenie i upoważnienia) pozostając do dyspozycji Pacjenta/ Pacjentki w zakresie ewentualnych pytań. Ustaliłem/-em tożsamość Pacjentki/ Pacjenta na podstawie okazanego dowodu osobistego / paszportu.**/

Data i czytelny podpis upoważnionego pracownika
NIEWADA CLINIC IMPLANTOLOGIA I STOMATOLOGIA ESTETYCZNA

*/ Podstawa prawna:

- Art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2017.1318 t.j. z dnia 2017.07.04)
- Art. 8 rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U.2015.2069 z dnia 2015.12.08)

**/ Niepotrzebne skreślić