

OŚWIADCZENIE PACJENTKI/ PACJENTA

Ja, niżej podpisana/-y

Pacjent/ka
imię i nazwisko *PESEL (w przypadku braku nr PESEL należy wpisać nazwę, serię i nr dokumentu tożsamości oraz 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 Pacjentki/Pacjenta)

(jeśli dotyczy) *imię i nazwisko* *PESEL (w przypadku braku nr PESEL należy wpisać nazwę, serię i nr dokumentu tożsamości oraz kraj wydania dokumentu)*

oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na objęcie opieką medyczną przez **NIEWADA CLINIC IMPLANTOLOGIA I STOMATOLOGIA ESTETYCZNA** z siedzibą w Warszawie 02-765, Al. Wilanowska 5, lok. uż. 2, (dalej: „Klinika”), na warunkach określonych w obowiązujących przepisach prawa, w Regulaminie Organizacyjnym Kliniki¹ oraz w niniejszej zgodzie, a także w umowie na świadczenie usług medycznych, o ile taka umowa zostanie zawarta przez Pacjenta/-tkę z Kliniką.

2. wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny i sms-owy ze strony Kliniki na podany przeze mnie numer telefonu: _____ ;

3. • 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 pliku zabezpieczonym hasłem. Hasło zostanie przesłane sms-em na podany powyżej numer telefonu;

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

4. zostałam/-em poinformowana/-y, że pacjenci zobowiązani są przed każdą wizytą okazać dokument tożsamości ze zdjęciem w celu ich właściwej, zgodnej z prawem, identyfikacji przez Klinikę;

5. 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;

6. 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 Kliniki o zmianie numeru telefonu, może to skutkować wysłaniem smsowej informacji o wizycie innej, nieuprawnionej osobie.

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

8. • Wyrażam zgodę • Nie wyrażam zgody - na przetwarzanie moich danych osobowych - w zakresie obejmującym imię, nazwisko, adres zamieszkania, adres email przez NIEWADA CLINIC

¹ Regulamin organizacyjny Kliniki jest dostępny w Recepcji Kliniki oraz na stronie www.niewadaclinic.pl

IMPLANTOLOGIA I STOMATOLOGIA ESTETYCZNA z siedzibą w Warszawie 02-765, al. Wilanowska 5 lok. uż. 2 w celach marketingowych.

9. zostałam/-em poinformowana/-y, 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

10. UPOWAŻNIENIA²

- 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 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

W imieniu Kliniki przyjąłem/przyjęłam niniejszy dokument (oświadczenie i upoważnienia) pozostając do dyspozycji Pacjenta/ Pacjentki w zakresie ewentualnych pytań. Ustaliłam/-em tożsamość Pacjentki/ Pacjenta na podstawie okazanego dokumentu tożsamości _____

wpisać rodzaj dokumentu tożsamości

Data i czytelny podpis upoważnionego pracownika Kliniki

² Podstawa prawna:

- Art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2023.1545 t.j.)
- Art. 8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U.2022.1304 t.j)

