**OŚWIADCZENIA PACJENTA**

Ja, niżej podpisany …................................................................................................

*imię, nazwisko, PESEL*

**zezwalam** **na** **przeprowadzenie** **badania**/ **udzielenie** **świadczenia** **zdrowotnego** w

NZOZ DA VINCI PORADNIA STOMATOLOGICZNA ZABRZE ul. PAWLICZKA3

U mojego dziecka …………………………………………………………………..

*Data, czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego*....................................................................................

**Oświadczam, że upoważniam Panią/ Pana** ….................................................................

*imię, nazwisko, data urodzenia lub pesel*

do :

* otrzymywania informacji o stanie zdrowia mojego dziecka i udzielonych mu świadczeń zdrowotnych\*
* uzyskiwania jego dokumentacji medycznej i jej odbioru\*

*Data, czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego*........................................................

**Wyrażam zgodę na przegląd i fluoryzacje wykonaną u mojego dziecka podczas przeglądu szkolnego**

*Data, czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego*........................................................

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody\* na przetwarzanie moich *rodzica/opiekuna prawnego* dobrowolnych danych osobowych:

nr telefonu ….................................. w celu informacji o wizytach

nr telefonu ….................................. w celu informacji o wizytach za pomocą SMS

Wyrażam zgodę na przesyłanie dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby na adres e-mail: …...............................................................................................................

*placówka nie ponosi winy za błędne podanie adresu e-mail*

Administratorem danych jest NZOZ DA VINCI PORADNIA STOMATOLOGICZNA ZABRZE ul. PAWLICZKA3. Dane nie będą udostępniane podmiotom innym, niż upoważnione na podstawie przepisów prawa. Podanie danych jest dobrowolne. Pacjent ma prawo wglądu, poprawiania i usunięcia danych.

Obowiązkiem Pacjenta lub przedstawiciela ustawowego (rodzica/opiekuna prawnego) jest aktualizowanie wszelkich danych .

*Data, czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego.......................................................*

\* - niepotrzebne skreślić

**OŚWIADCZENIA PACJENTA**

Ja, niżej podpisany …................................................................................................

*imię, nazwisko, PESEL*

**zezwalam** **na** **przeprowadzenie** **badania**/ **udzielenie** **świadczenia** **zdrowotnego** w

NZOZ DA VINCI PORADNIA STOMATOLOGICZNA ZABRZE ul. PAWLICZKA3

U mojego dziecka …………………………………………………………………..

*Data, czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego*....................................................................................

**Oświadczam, że upoważniam Panią/ Pana** ….................................................................

*imię, nazwisko, data urodzenia lub pesel*

do :

* otrzymywania informacji o stanie zdrowia mojego dziecka i udzielonych mu świadczeń zdrowotnych\*
* uzyskiwania jego dokumentacji medycznej i jej odbioru\*

*Data, czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego*........................................................

**Wyrażam zgodę na przegląd i fluoryzacje wykonaną u mojego dziecka podczas przeglądu szkolnego**

*Data, czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego*........................................................

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody\* na przetwarzanie moich *rodzica/opiekuna prawnego* dobrowolnych danych osobowych:

nr telefonu ….................................. w celu informacji o wizytach

nr telefonu ….................................. w celu informacji o wizytach za pomocą SMS

Wyrażam zgodę na przesyłanie dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby na adres e-mail: …...............................................................................................................

*placówka nie ponosi winy za błędne podanie adresu e-mail*

Administratorem danych jest NZOZ DA VINCI PORADNIA STOMATOLOGICZNA ZABRZE ul. PAWLICZKA3. Dane nie będą udostępniane podmiotom innym, niż upoważnione na podstawie przepisów prawa. Podanie danych jest dobrowolne. Pacjent ma prawo wglądu, poprawiania i usunięcia danych.

Obowiązkiem Pacjenta lub przedstawiciela ustawowego (rodzica/opiekuna prawnego) jest aktualizowanie wszelkich danych .

*Data, czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego.......................................................*

\* - niepotrzebne skreślić