**OŚWIADCZENIA PACJENTA**

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

*imię, nazwisko, PESEL*

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

NZOZ DA VINCI PORADNIA STOMATOLOGICZNA ZABRZE ul. PAWLICZKA3

*Data, czytelny podpis pacjenta* :…..............................................................................

**Oświadczam, że upoważniam Panią/ Pana** do :

….................................................................................................................................

.*imię, nazwisko, data urodzenia lub pesel*

* otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych\*
* uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej i jej odbioru\*

*Data, czytelny podpis pacjenta* :…..............................................................................

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody\* na przetwarzanie moich 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 pacjenta …..................................................................................*

\* - niepotrzebne skreślić

**WYWIAD Z PACJENTEM** ............................................

*(miejscowość, data)*

Nazwisko………………………………….. Imię………………………….

Data urodzenia…………………………. Telefon……………………..

Czy dziecko choruje na niżej wymienione choroby? (Proszę zaznaczyć X)

TAK NIE TAK NIE

Choroba serca Choroba płuc

Choroba wątroby Alergia/Astma

Choroba tarczycy Padaczka

Choroba żołądka/ jelit Cukrzyca

Choroba nowotworowa Nadciśnienie

Choroba nerwowa Wirusowe zapalenie wątroby

Choroba stawów Zaburzenia krzepnięcia krwi

Choroba krążenia Szczepienie p- WZW

Choroba nerek AIDS/HIV

Inne choroby Jakie?.............................................................................

Czy wystąpiła utrata przytomności? Powód: ……………………………………………………………………

Zażywane lekarstwa: ……………………………………………………………………………………………………………………………

........................................................

*(podpis rodzica/ opiekuna prawnego )*