

ANKIETA WSTĘPNA

Imię i nazwisko pacjenta:	
Adres zamieszkania: (ulica, kod, miasto)	
Pesel:	
Numer telefonu:	

Proszę w poniższych okienkach zaznaczyć znakiem X właściwą wersję i uzupełnić dane

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

L.P.	Osoba upoważniona	Adres	Telefon

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

- 2.1** Upoważniam następujące osoby do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby:

L.P.	Osoba upoważniona	Adres	Telefon

- 2.2** Nie upoważniam żadnych osób do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.

- 3.** Zostałem poinformowany o możliwości zapoznania się z Prawami Pacjenta.

Poniżej proszę skreślić oświadczenie niepotrzebne

4. Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody na przesyłanie informacji medycznej na poniższy adres mailowy:
5. Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody na kontakt telefoniczny w sprawach innych niż potwierdzanie wizyt, w tym kontakt w celach marketingowych oraz na przesyłanie drogą elektroniczną informacji o charakterze handlowym dotyczącym świadczeń medycznych oferowanych przez Dental Medicenter.
6. Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem płatności oraz umawiania wizyt Dental Medicenter.

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 Dental Medicenter i że przysługują im prawa wymienione w stopce niniejszego oświadczenia.

Niniejsze oświadczenie obowiązuje do odwołania / zmiany.

Data złożenia oświadczenia:

Podpis pacjenta:

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 Dental Medicenter Sp. z o.o., zwana dalej Dental Medicenter, z siedzibą przy ul. Powstańców Śląskich 123/66, 01-355 Warszawa, reprezentowana przez Zarząd. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest Monika Wojtał Tel. +48505723363. Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu wykonywania świadczeń zdrowotnych realizowanych przez Dental Medicenter 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 r. 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. Posiadacie Państwo prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych, ul. Stawki 2, 00 – 193 Warszawa, gdy uznacie, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. Podanie przez Państwa danych osobowych jest wymogiem ustawy z dnia 06 listopada 2008 o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz jest warunkiem udzielenia świadczeń medycznych przez Dental Medicenter. Dental Medicenter będzie powierzała Państwa dane osobowe podmiotom współpracującym w trakcie realizacji świadczeń zdrowotnych na rzecz Państwa. Państwa dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w systemach informatycznych obsługi pacjenta. Dental Medicenter nie stosuje metod zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.

Z jakiego źródła dowiedział się Pan/Pani o funkcjonowaniu Dental Medicenter?

(prawidłowa odpowiedź proszę zaznaczyć krzyżykiem)

- | | | | |
|---------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| Prasa | <input type="checkbox"/> | Znajomi/Rodzina | <input type="checkbox"/> |
| Wyszukiwarka w Internecie | <input type="checkbox"/> | Reklama w czasopiśmie, ulotkach, billboardach | <input type="checkbox"/> |
| Lekarz (jaki) | <input type="checkbox"/> | Inne | <input type="checkbox"/> |