



LUXDENTICA

CENTRUM STOMATOLOGII

OŚWIADCZENIE PACJENTA O UPOWAŻNIENIU / ODMOWIE UPOWAŻNIENIA DO UZYSKIWANIA INFORMACJI / DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W LUXDENTICA

Ja niżej podpisany/na

Nr PESEL upoważniającego

* W przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL: Data urodzenia

**Imiona i nazwisko dziecka / osoby ubezwłasnowolnionej _____

**Nr PESEL dziecka / osoby ubezwłasnowolnionej (dla noworodka - numer PESEL matki) _____

Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o moim / mojego dziecka / osoby ubezwłasnowolnionej, której jestem przedstawicielem ustawowym* stanie zdrowia.

Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania mojej / mojego dziecka / osoby ubezwłasnowolnionej, której jestem przedstawicielem ustawowym* dokumentacji medycznej.

Upoważniam niniejszym:

Pana / Panią

Nr PESEL / data urodzenia

Udostępniam także kontakt z niniejszą osobą upoważnioną (telefon/e-mail) _____

Do otrzymywania informacji o stanie zdrowia mojego / mojego dziecka / osoby ubezwłasnowolnionej, której jestem przedstawicielem ustawowym* i świadczeniach zdrowotnych.

Do uzyskiwania mojej / mojego dziecka / osoby ubezwłasnowolnionej, której jestem przedstawicielem ustawowym* dokumentacji medycznej.

Do umawiania / modyfikacji / odwoływania wizyt w tym do pozyskiwania informacji o planowanych i zrealizowanych wizytach moich / mojego dziecka / osoby ubezwłasnowolnionej, której jestem przedstawicielem ustawowym.

ZGODA PACJENTA

Wyrażam zgodę na umawianie / modyfikację / odwoływanie / przypominanie o terminie wizyty na podany nr telefonu.

Wyrażam zgodę na umawianie / modyfikację / odwoływanie / przypominanie o terminie wizyty za pośrednictwem mojego adresu e-mail.

Wyrażam zgodę na umawianie / modyfikację / odwoływanie / przypominanie o terminie wizyty za pośrednictwem aplikacji WhatsApp.

Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji handlowej drogą elektroniczną zgodnie z treścią ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1219 ze zm.) na podany w tym celu adres e-mail lub numer telefonu.

Wyrażam zgodę na używanie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych, których jestem Użytkownikiem dla celów marketingu bezpośredniego zgodnie z art. 172 ustawy z dnia 16 lipca 2004 r. Prawo telekomunikacyjne (t.j. Dz.U. 2017 poz. 1907 ze zm.).

Wyrażam zgodę na wykonywanie dokumentacji fotograficznej zewnątrzustnej i wewnątrzustnej, która załączona zostanie do mojej dokumentacji medycznej.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych wskazanych w art. 9 ust. 1 RODO zawartych w dokumentacji medycznej przez Administratora w celach prowadzenia badań naukowych i przygotowania publikacji naukowych (w których dane osobowe zostaną w pełni zanonimizowane).

Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych wyżej danych osobowych zgodnie z treścią Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. W sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych – RODO) w celu realizacji wyżej wymienionych usług.

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych dostępne są na stronie internetowej www.luxdentica.pl w zakładce DLA PACJENTA > RODO

Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

Data i podpis osoby składającej wniosek