

DANE OSOBOWE DZIECKA

Imię i Nazwisko:	
PESEL:	Data urodzenia:
Adres zamieszkania:	

DANE OSOBOWE OPIEKUNA PRAWNEGO

Imię i Nazwisko:	
Telefon:	E-mail:

WYWIAD DOTYCZĄCY STANU ZDROWIA DZIECKA

Proszę o wypełnienie ankiety dotyczącej zdrowia Państwa dziecka. Pozwoli nam to na bezpieczne przeprowadzenie procesu diagnostyki i leczenia.

Postaw krzyżyk w odpowiedniej kolumnie:

	TAK	NIE	UWAGI
Choroby układu krążenia			
Choroby serca			
Cukrzyca			
Alergie, na co?			
Uczulenie na leki, jakie?			
Astma			
Inne choroby przewlekłe			
Specjalna dieta			
Wszystkie obowiązkowe szczepienia			
Przyjmowane leki			
Inne choroby niewymienione w ankiecie oraz dodatkowe informacje, Twoim zdaniem, ważne dla lekarza			

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i stanem faktycznym. **Zobowiązuję się powiadomić lekarza o zmianie sytuacji zdrowotnej mojego dziecka przy najbliższej wizycie.**

Zgodnie z art. 23 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. nr 101, poz. 926, z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie w/w danych osobowych przez Stomatologię Mastalerz z siedzibą w Warszawie w celu: realizacji usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dotyczących planowanych wizyt.

.....
Data, podpis opiekuna prawnego

**Czy chcą Państwo upoważnić kogoś do otrzymania informacji o Państwa leczeniu i stanie zdrowia?
UWAGA! NIE MA POTRZEBY UPOWAŻNIANIA DRUGIEGO RODZICA**

- NIE
 TAK - proszę wpisać w tabeli poniżej kogo

L.P.	Osoba upoważniona	Adres	Telefon kontaktowy

Czy chcą Państwo upoważnić kogoś do otrzymania Państwa dokumentacji medycznej?

- NIE
 TAK - proszę wpisać w tabeli poniżej kogo

L.P.	Osoba upoważniona	Adres	Telefon kontaktowy

Czy chcą Państwo otrzymywać faktury i dokumentację medyczną drogą mailową?

- NIE – obowiązuje odbiór osobisty
 TAK – proszę podać adres e-mail

Zostałem poinformowany o możliwości zapoznania się z Prawami pacjenta.

Data złożenia oświadczenia:..... Podpis pacjenta:.....

Zgodnie z art. 24, 25 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 ze zm.) informuję, iż:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest „STOMATOLOGIA MASTALERZ” z siedzibą w Warszawie, ul. Ratuszowa 11 lok 175, reprezentowana przez Katarzynę Mastalerz - Kurcz
2. Pani/Pana dane osobowe, dane osobowe Pani/Pana Rodzin i osób upoważnionych przetwarzane będą w celu realizacji świadczeń zdrowotnych w gabinecie stomatologicznym „Zębowa Wróżka” i nie będą udostępniane innym odbiorcom,
3. gabinet pozyskuje Pani/Pana dane osobowe wyłącznie od Pani/Pana,
4. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.