

### DANE OSOBOWE

Imię Nazwisko:	
Telefon:	E-mail:
PESEL:	Data urodzenia:
Adres zamieszkania:	

### WYWIAD DOTYCZĄCY STANU ZDROWIA

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

Postaw krzyżyk w odpowiedniej kolumnie:

	TAK	NIE	UWAGI
Ciąża			
Choroby układu krążenia			
Choroby serca			
Nadciśnienie tętnicze			
Cukrzyca			
Alergie			
Uczulenie na leki			
Choroby tarczycy			
Jaskra			
Inne choroby przewlekłe			
Żółtaczka			
HIV			
Palenie papierosów (ile szt. dziennie)			
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 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



ul. Ratuszowa 11 lokal 175



tel. 22 670 17 02 | (+48) 668 381 625



www.stomatologiaprzyjaznadzeciom.pl

**Czy chcą Państwo upoważnić kogoś do otrzymania informacji o Państwa leczeniu i stanie zdrowia?**

- 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.



ul. Ratuszowa 11 lokal 175



tel. 22 670 17 02 | (+48) 668 381 625



www.stomatologiaprzyjaznadzeciom.pl