

.....
(nazwa i adres szkoły)

ZGODA NA LECZENIE PACJENTA NIEPEŁNOLETNIEGO

Ja,, tel. kontaktowy
będąc przedstawicielem ustawowym pacjenta: posiadającego
nr PESEL, zamieszkały(a):
....., po uzyskaniu informacji, o której mowa w art. 9 ust. 2 ustawy
z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
wyrażam/nie wyrażam* zgodę na leczenie stomatologiczne, pod opieką rodzica/opiekuna prawnego, w zakresie świadczeń
ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia, w gabinecie stomatologicznym LUXDENTAL Anna
Dąbrowska, z siedzibą w Garwolinie, 08-400, przy ul. Kościuszki 49J.

.....
(data, czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

BRAK SPRZECIWU NA WYKONYWANIE ŚWIADCZEŃ PROFILAKTYCZNYCH - PACJENT NIEPEŁNOLETNI

Ja,, będąc przedstawicielem ustawowym pacjenta:
..... posiadającego nr PESEL,
zamieszkały(a):,
nie wyrażam/wyrażam* sprzeciw na wykonywanie profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży
do ukończenia 19. roku życia w gabinecie stomatologicznym LUXDENTAL Anna Dąbrowska, z siedzibą w Garwolinie, 08-400, przy
ul. Kościuszki 49J.

.....
(data, czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

OŚWIADCZENIE

o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z RODO

..... PESEL,
Nazwisko, imię pacjenta

Telefon adres e-mail

Wyrażam zgodę, zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez administratora danych LUXDENTAL Anna Dąbrowska, z siedzibą w Garwolinie, 08-400, przy ul. Kościuszki 49J, w celu realizacji umowy o świadczenia stomatologiczne w następującym zakresie: świadczenia usług stomatologicznych; świadczenia innych usług medycznych; prowadzenia dokumentacji medycznej; kontaktów za pomocą telefonu, e-maila lub sms w celu umówienia lub zmiany terminu wizyty stomatologicznej.

Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki o których mowa w art. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie, zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie o warunku możliwości jej rozliczalności. Zostałem również poinformowany(a) o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawnie wglądu i możliwości ich poprawiania.

Zostały mi przekazane w formie klauzuli informacyjnej informacje, o których mowa w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.

Zgodę, o której mowa powyżej, wyrażam dobrowolnie oraz świadomie.

.....
(data, czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę
lub jej przedstawiciela ustawowego)

* niepotrzebne skreślić

ZGODA NA LECZENIE PACJENTA**

Ja,..... PESEL zamieszkały(a):

.....
po uzyskaniu informacji, o której mowa w art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, **wyrażam/nie wyrażam*** zgodę na leczenie stomatologiczne w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia, w gabinecie stomatologicznym LUXDENTAL Anna Dąbrowska, z siedzibą w Garwolinie, 08-400, przy ul. Kościuszki 49J.

.....
(data, czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

BRAK SPRZECIWU NA WYKONYWANIE ŚWIADCZEŃ PROFILAKTYCZNYCH**

Ja,..... PESEL zamieszkały(a):

.....
nie wyrażam/wyrażam* sprzeciw na wykonywanie profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia w gabinecie stomatologicznym LUXDENTAL Anna Dąbrowska, z siedzibą w Garwolinie, 08-400, przy ul. Kościuszki 49J.

.....
(data, czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

OŚWIADCZENIE

o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z RODO

..... PESEL

Nazwisko, imię pacjenta

Telefon adres e-mail

Wyrażam zgodę, zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez administratora danych LUXDENTAL Anna Dąbrowska, z siedzibą w Garwolinie, 08-400, przy ul. Kościuszki 49J, w celu realizacji umowy o świadczenia stomatologiczne w następującym zakresie: świadczenia usług stomatologicznych; świadczenia innych usług medycznych; prowadzenia dokumentacji medycznej; kontaktów za pomocą telefonu, e-maila lub sms w celu umówienia lub zmiany terminu wizyty stomatologicznej.

Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki o których mowa w art. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie, zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie o warunku możliwości jej rozliczalności. Zostałem również poinformowany(a) o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawnie wglądu i możliwości ich poprawiania.

Zostały mi przekazane w formie klauzuli informacyjnej informacje, o których mowa w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.

Zgodę, o której mowa powyżej, wyrażam dobrowolnie oraz świadomie.

.....
(data, czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę
lub jej przedstawiciela ustawowego)

* niepotrzebne skreślić,

** dotyczy pacjentów po 16 roku życia.