

DOKUMENTACJA MEDYCZNA

PACJENTA NIEPEŁNOLETNIEGO

SZANOWNI RODZICE,

Dziękujemy za wybór naszej Kliniki i zaufanie jakim nas obdarzyliście. W związku z rozpoczęciem procesu diagnostyki i leczenia w naszej Klinice bardzo **prosimy o czytelne wypełnienie poniższego formularza**, który będzie częścią dokumentacji medycznej. Wszystkie informacje objęte są tajemnicą lekarską oraz pełną ochroną danych osobowych.

Podanie poniżej pełnych danych osobowych i kontaktowych jest niezbędne do skutecznej organizacji i realizacji procesu diagnostyki oraz leczenia w naszej Klinice, w tym umawiania i zmiany terminów wizyt, przypomnień o wizytach oraz badania satysfakcji Pacjenta po przeprowadzonym leczeniu.

DANE DZIECKA Prosimy o wypełnienie DRUKOWANYMI LITERAMI

.....		
Imię i nazwisko		
.....	DD / MM / RRRR	KOBIETA / MĘŻCZYŻNA
PESEL	Data urodzenia	Płeć: niepotrzebne skreślić
.....		
Adres zamieszkania: ulica, nr domu / nr mieszkania	Kod pocztowy	Miejscowość / Kraj

DANE OPIEKUNA PRAWNEGO Prosimy o wypełnienie DRUKOWANYMI LITERAMI

.....		RODZIC / OPIEKUN PRAWNY / KURATOR
Imię i nazwisko		Wież prawna: niepotrzebne skreślić
.....
PESEL	Telefon kontaktowy Opiekuna	E-mail Opiekuna prawnego
.....		
Adres zamieszkania: ulica, nr domu / nr mieszkania	Kod pocztowy	Miejscowość / Kraj

Obowiązek pobierania i przechowywania powyższych danych przez podmiot leczniczy regulują przepisy: art. 25. ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta; art. 18. ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej; art. 41. ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry.



Imię i nazwisko Dziecka

PESEL _ _ _ _ _

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Dla zapewnienia możliwości przedstawienia kompleksowego planu leczenia wraz z kosztorysem, będącego w rozumieniu przepisów prawa ofertą handlową, prosimy o zaakceptowanie poniższych zgód.



ZGODA NA KONTAKT TELEFONICZNY I SMS

Wyrażam zgodę Administratorowi Danych Osobowych na wykorzystanie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych, w tym telefonów i automatycznych systemów wywołujących, dla celów marketingu bezpośredniego.

☐ TAK☐ NIE

ZGODA NA KONTAKT E-MAIL

Wyrażam zgodę Administratorowi Danych Osobowych na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przesłania informacji handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

☐ TAK☐ NIE

ZGODA NA KORESPONDENCJĘ LISTOWĄ

Wyrażam zgodę Administratorowi Danych Osobowych na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przesłania informacji handlowych drogą pocztową.

☐ TAK☐ NIE

Co zyskujesz?

Spersonalizowany plan leczenia Dziecka wraz z wyceną.

Możliwość modyfikowania oferty podczas leczenia.

Dostęp do programu Opieki Pacjenta i osobistego Opiekuna Twojego Dziecka.

Specjalne warunki leczenia dla członków Twojej najbliższej rodziny.

Informacje o programach lojalnościowych dedykowanych wybranym Pacjentom.

Dostęp do nowych narzędzi komunikacji z nami, gwarantujących:

- bank wiedzy, informatory i poradniki dla Pacjenta,
- konsultacje z personelem medycznym po leczeniu,
- aktualne informacje o nowych usługach i ofertach.

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. informujemy, że:

- administratorem Pana/i danych osobowych jest Roman Borczyk Klinika Implantologii i Stomatologii Estetycznej sp.j. z siedzibą w Katowicach (40-533), ul. Czajek 5a, zwana dalej Spółką,
- Pana/i dane osobowe przetwarzane będą w celach bezpośredniego marketingu produktów i usług Spółki i nie będą udostępniane innym odbiorcom,
- posiada Pan/i prawo dostępu do treści danych oraz ich poprawienia,
- podanie Spółce danych osobowych jest dobrowolne.

.....
Data.....
Podpis Rodzica / Opiekuna prawnego