

Imię i nazwisko pacjenta:

Pesel:Telefon.....

Adres zamieszkania:

- proszę zaznaczyć **X** właściwą wersję

- 1.1.** Upoważniam następujące osoby do otrzymania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach:

L.P.	Osoba upoważniona	Adres	Telefon

- 1.2** Nie upoważniam żadnych osób do otrzymania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach

- 2.1** Upoważniam następujące osoby do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby

L.P.	Osoba upoważniona	Adres	Telefon

- 2.2** Nie upoważniam żadnych osób do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby

- 3.** Zostałem poinformowany o możliwości zapoznania się z Prawami Pacjenta

- 4.** Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Organizacyjnym i akceptuję wszystkie zawarte w nim warunki

Proszę zaznaczyć **Wyrażam zgodę** lub **Nie wyrażam zgody** w poniższych punktach.

- 5. Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody** na przesyłanie informacji medycznej na poniższy adres mailowy:

.....

- 6. Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody** na kontakt telefoniczny w sprawach związanych z realizowanymi świadczeniami medycznymi

- 7. Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody** na przesyłanie informacji o charakterze handlowym dotyczącym nowych świadczeń medycznych DUODENT.

Niniejsze oświadczenie podlegać będzie ucyfrowieniu i wprowadzeniu do dokumentacji medycznej. Przyjmuję do wiadomości, że istnieje możliwość odbioru niniejszego dokumentu w ciągu 1 roku po jego ucyfrowieniu

W wypadku podania osób upoważnionych do otrzymywania informacji o stanie zdrowia oraz upoważnionych do otrzymywania dokumentacji medycznej, prosimy o poinformowanie tych osób o fakcie, że ich dane będą przetwarzane przez DUODENT i że przysługują im prawa wymienione w stopce niniejszego oświadczenia.

Niniejsze oświadczenie obowiązuje do odwołania / zmiany.

Niniejsze oświadczenie obowiązuje w firmach Grupy DUODENT: DUODENT S.C. KATARZYNA I ARKADIUSZ ŻMUDA i DUODENT PRZYCHODNIA LEKARSKA SP. Z O.O.

W WYPADKU, GDYBY PAŃSTWA DECYZJE ODNOSIŁY SIĘ WYŁĄCZNIE DO JEDNEJ Z WYŻEJ WYMIENIONYCH FIRMY, PROSIMY O POINFORMOWANIE O TYM FAKCIE RECEPCJONISTKI PRZYJMUJĄCEJ OŚWIADCZENIE

Data złożenia oświadczenia:

Podpis pacjenta:

Imię i nazwisko pacjenta:

DOTYCZY DUODENT S.C. KATARZYNA I ARKADIUSZ ŻMUDA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest DUODENT S.C Katarzyna i Arkadiusz Żmuda, z siedzibą ul. Arkuszowa 63 01-934 Warszawa, reprezentowana przez Katarzynę Żmudę.

Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest Monika Wojtal, email: monica.wojtal@gmail.com

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji świadczeń medycznych przez DUODENT S.C., na podstawie art. 9 punkt 2h rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r.

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres określony w art. 29 ustawy z dnia 06 listopada 2008 o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania, wyrażenia sprzeciwu przeciw przetwarzaniu Pani/Pana danych osobowych oraz prawo do przenoszenia danych.

Posiada Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych, adres: ul. Stawki 2, 00 – 193 Warszawa, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem udzielenia Pani/Panu świadczeń medycznych przez DUODENT S.C. DUODENT będzie powierzał Pani/Pana dane osobowe wyłącznie firmom współpracującym z DUODENT przy realizacji świadczeń medycznych. Pani/Pana dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w systemach informatycznych obsługi pacjenta. DUODENT nie stosuje metod zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.

Katarzyna Żmuda

DOTYCZY PACJENTÓW DUODENT PRZYCHODNIA LEKARSKA SP. Z O.O.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest DUODENT PRZYCHODNIA LEKARSKA Sp. z o.o. ul. Nowolipki 21, 01-006 Warszawa, reprezentowana przez Wojciecha Włodarczyka.

Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest Monika Wojtal, email: monica.wojtal@gmail.com

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji świadczeń medycznych przez DUODENT, na podstawie art. 9 punkt 2h rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r.

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres określony w art. 29 ustawy z dnia 06 listopada 2008 o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania, wyrażenia sprzeciwu przeciw przetwarzaniu Pani/Pana danych osobowych oraz prawo do przenoszenia danych.

Posiada Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych, adres: ul. Stawki 2, 00 – 193 Warszawa, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem udzielenia Pani/Panu świadczeń medycznych przez DUODENT. DUODENT będzie powierzał Pani/Pana dane osobowe wyłącznie firmom współpracującym z DUODENT przy realizacji świadczeń medycznych. Pani/Pana dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w systemach informatycznych obsługi pacjenta. DUODENT nie stosuje metod zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.

Wojciech Włodarczyk

W wypadku podania osób upoważnionych do otrzymywania informacji o stanie zdrowia oraz upoważnionych do otrzymywania dokumentacji medycznej, prosimy o poinformowanie tych osób o fakcie, że ich dane będą przetwarzane przez DUODENT i że przysługują im powyższe prawa.