

**WYRAŻENIE ZGODY RODZICA/OPIEKUNA
NA LECZENIE STOMATOLOGICZNE DZIECKA
W GABINECIE STOMATOLOGICZNYM**



Gabinet Stomatologiczny

PERLADENT

Oskar Buczyński

Tel. 698 043 998

DANE DZIECKA:

Nazwisko i imię:

Adres:

PESEL:

Telefon kontaktowy oraz email:

Nazwisko i imię rodzica/opiekuna:

ZGADZAM SIĘ NA PROFILAKTYKĘ (przegląd, lakierowanie zębów, fluoryzacja, instruktaż higieny jamy ustnej):

TAK ()

NIE ()

WYRAŻAM ZGODĘ NA LECZENIE STOMATOLOGICZNE:

TAK ()

NIE ()

W przypadku wyrażenia zgody na leczenie stomatologiczne dziecka uprzejmie proszę o przekazanie informacji o dziecku:

Wywiad:

Choroby ogólne: Alergia (), Nadciśnienie (), Cukrzyca (), Układ krążenia (), Choroba nerek (), Tarczycy (), Epilepsja (), Żółtaczka (),
Przeszczep (), Zaburzenia krzepnięcia krwi ()

Inne

Przyjmowane aktualnie leki:

Występowanie uczuleń na leki i środki znieczulające:

☒ Wyrażam zgodę na realizację w/w świadczeń na mocy umowy pomiędzy podmiotem leczniczym – Przychodnia Stomatologiczna Perlament Oskar Buczyński a Narodowym Funduszem Zdrowia (ozn. bezpłatnie dla Pacjenta). Wyrażoną zgodę można w dowolnym momencie cofnąć po złożeniu oświadczenia w formie pisemnej.

☒ Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 (RODO) przez Przychodnia Stomatologiczna Perlament Oskar Buczyński, w celu udzielania przez ten podmiot świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne. Podanie danych jest dobrowolne. Poinformowano mnie, że przysługuje mi prawo dostępu do swoich danych, możliwości ich poprawienia, żądania zaprzestania ich przetwarzania.

☒ Wyrażam zgodę na stosowanie monitoringu wizyjnego w gabinecie w celu zagwarantowania bezpieczeństwa i najwyższej jakości realizowanych przez Gabinet usług.

Zgoda marketingowa (opcjonalne):

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych przez **GABINET STOMATOLOGICZNY PERLADENT prowadzonym przez lekarza dentystę Oskara Buczyńskiego** w celach marketingowych i promocyjnych związanych z działalnością Gabinetu

☐ Nie wyrażam zgody na przetwarzanie moich danych przez **GABINET STOMATOLOGICZNY PERLADENT prowadzonym przez lekarza dentystę Oskara Buczyńskiego** w celach marketingowych i promocyjnych związanych z działalnością Gabinetu

Zgoda na otrzymywanie informacji handlowej drogą elektroniczną:

☐ Wyrażam zgodę na przysyłanie mi informacji handlowych drogą elektroniczną zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. z 2020 r. poz. 344).

☐ Nie wyrażam zgody na przysyłanie mi informacji handlowych drogą elektroniczną zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. z 2020 r. poz. 344).

Zgoda na używanie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych w celu prowadzenia marketingu bezpośredniego:

☐ Wyrażam zgodę na używanie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych, których jestem użytkownikiem i automatycznych systemów wywołujących dla celów marketingu bezpośredniego zgodnie z Ustawą z dnia 16 lipca 2004 r. Prawo telekomunikacyjne (Dz.U. z 2023 r., poz. 1394, 1703, 2005).

☐ Nie wyrażam zgody na używanie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych, których jestem użytkownikiem i automatycznych systemów wywołujących dla celów marketingu bezpośredniego zgodnie z Ustawą z dnia 16 lipca 2004 r. Prawo telekomunikacyjne (Dz.U. z 2023 r., poz. 1394, 1703, 2005).

.....

Data

.....

Podpis rodzica/opiekuna