



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

L. P	Osoba upoważniona	Adres

☐ 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

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

Data złożenia oświadczenia:.....

Podpis pacjenta:.....

Witamy w Specjalistycznej Klinice Stomatologicznej TRIO-DENT w Warszawie.

Uprzejmie prosimy o udzielenie odpowiedzi na poniżej zawarte pytania. Wypełnienie ankiety umożliwi Państwu i lekarzowi w szybki i usystematyzowany sposób zebranie odpowiednich informacji. Jest to konieczne do uzyskania najlepszej współpracy pomiędzy prowadzącymi Państwa leczenie lekarzami stomatologii różnych specjalności. Istotne jest również zapoznanie się z Państwa ogólnym stanem zdrowia, ponieważ zarówno choroby towarzyszące jak i dotychczas przebyte, wiek, styl życia mają wpływ na przebieg leczenia i jego efekty. Wszystkie podane przez Państwa informacje są objęte tajemnicą lekarską i pozostają do wglądu jedynie dla personelu medycznego prowadzącego leczenie. Jesteśmy zobowiązani do zbierania i przechowywania danych osobowych zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2001r (Dz.U.01.83.903 z dnia 13 sierpnia 2001r) oraz z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002r nr 101, poz.926). Wszelkie uzyskane informacje będą wykorzystywane wyłącznie do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.

.....
IMIE I NAWISKO PACJENTA

.....
ADRES ZAMIESZKANIA (ulica, kod pocztowy, miejscowość)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL / DATA URODZENIA

.....
TELEFON KONTAKTOWY

.....
ADRES E-MAIL

