

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 Ustawą o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. (Dz.U. 2009 Nr 52 poz. 417, z późn .zm.) oraz art.9 ust.2 lit. h Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.

.....
IMIE I NAWISKO PACJENTA

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

.....
PESEL / DATA URODZENIA

.....
TELEFON KONTAKTOWY

.....
ADRES E-MAIL