

Witamy w klinice TRIO-DENT w Warszawie.

L.P	Osoba upoważniona	W celu weryfikacji prosimy o podanie daty urodzenia/PESEL oraz numeru telefonu

- ☐ **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	W celu weryfikacji prosimy o podanie daty urodzenia/PESEL oraz numeru telefonu

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

W przypadku mojej śmierci nie wyrażam zgody na wydanie dokumentacji następującym osobom.....

Data złożenia oświadczenia:.....

Podpis pacijenta:.....

ul. Polna 3, 00-622 Warszawa
Tel. 22 826 20 64
www.trident.com.pl

Upieramy się 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)

[illegible]

PESEL / DATA URODZENIA (JESI BRAK NR PESEL)

.....
TELEFON KONTAKTOWY

.....
ADRES E-MAIL

ul. Polna 3, 00-622 Warszawa
Tel. 22 826 20 64
www.trident.com.pl

