

OŚWIADCZENIA PACJENTA DLA ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH

.....
imię, nazwisko (dziecko przedszkolne)

.....
pesel (dziecko przedszkolne) , nr telefonu do kontaktu z rodzicem

.....
adres mailowy rodzica/opiekuna (adres do wysłania wyników badań stomatologicznych)

CZĘŚĆ DOŁĄCZONA W PRZYPADKU WYPEŁNIANIA OŚWIADCZENIA PRZEZ PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO LUB OPIEKUNA FAKTYCZNEGO

pkt 1. Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym/opiekunem faktycznym małoletniego *lub osoby ubezwłasnowolnionej.

.....
(imię, nazwisko, **pesel** przedstawiciela ustawowego /opiekuna faktycznego, * przeważenie rodzic)

.....
Czytelny podpis składającego oświadczenie

pkt 2. Oświadczam, że zapoznałem/am się i zrozumiałem/am regulaminem podmiotu leczniczego Mediroot, ul. Św. Wojciecha 16, 62-100 Wągrowiec, klauzuję informacyjną rodo danej placówki oraz zaakceptowałem/am ich warunki.
Dokumenty znajdują się na stronie internetowej www.mediroot.pl oraz w placówce podmiotu.

.....
Czytelny podpis składającego oświadczenie

pkt 3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w oświadczeniu w celu :

- realizacji świadczeń medycznych i związanych z nimi procedur.
- marketingowych i promocyjnych(nr telefonu i adres korespondencyjny) w szczególności polegającej na kontaktowaniu się celem przedstawienia lub informacji o dostępnych usługach.

.....
Czytelny podpis składającego oświadczenie

pkt 4. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegów:

- instruktaż higieny jamy ustnej (techniki prawidłowego szczotkowania zębów dostosowane do wieku dziecka)
usuwanie osadów poprzez szczotkowanie zębów z **pastą z fluorem (lakierowanie)** _____
badanie stomatologiczne

.....
Czytelny podpis składającego oświadczenie

Informujemy, że zgoda na przetworzenie informacji (rodo) może zostać cofnięta w dowolnym momencie poprzez kontakt mailowy z administratorem danych rkorzeniowski@gmail.com.

Podmiot medyczny : Mediroot Uszula Korzeniowska , ul. Św. Wojciecha 16, 62-100 Wągrowiec.