

Gabinet Stomatologiczny

dr n. med. Katarzyna Barczak

ul. Złotowska 86, Sp7

71-793 Szczecin

NIP 9281839264

www.endodonta.szczecin.pl

DANE MAŁOLETNIEGO PACJENTA

.....

.....

.....

.....

(imię, nazwisko, adres zamieszkania,
pesel)

OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA PRAWNEGO MAŁOLETNIEGO

Dane Opiekun Prawny

Imię i Nazwisko	
Rodzaj i nr dokumentu tożsamości	
Adres zamieszkania	
Stosunek do małoletniego (ojciec, matka)	
Nr kontaktowy telefonu	

Dane małoletniego

Imię i Nazwisko	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Data planowanej wizyty	
Uwagi dla lekarza (ważne)	

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykonanie **bez mojej obecności u w/w małoletniego** dziecka w Gabinet Stomatologicznym przy ul. Złotowskiej 86 w Szczecinie świadczeń stomatologicznych, tj.: zbieranie wywiadu, wykonanie badań dodatkowych, wykonanie zabiegów stomatologicznych, które stomatolog uzna za konieczne w procesie leczenia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w procesie udzielania usług medycznych firmie Gabinet Stomatologiczny, dr n. med. Katarzyna Barczak w Szczecinie (zgodnie z ustawą z dn. 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych; Dz.U. 2002.101/926 ze zm.). Jednocześnie oświadczam (zgodnie z art. 24 w/w ustawy), że zostałem/am poinformowana/y o celu zbierania danych, dobrowolności ich podania, prawie wglądu do tych danych i wnoszenia poprawek oraz , że dane nie będą udostępniane innym podmiotom.

.....

Data i podpis pacjenta (opiekuna prawnego)