

## Karta Pacjenta

### Dane personalne pacjenta:

Imiona i Nazwisko

Data Urodzenia

Pesel

Wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystanie moich danych na podstawie ustawy z dnia 19.08.97r. o ochronie danych osobowych na potrzeby realizacji świadczeń usług medycznych przez Dentim Sp. z o.o. z siedzibą w Katowicach. Zostałem/am poinformowany/a o celu zbierania danych, o konieczności ich podania, prawie do wglądu tych danych i możliwości wnoszenie poprawek oraz o tym, że dane nie będą udostępniane innym podmiotom za wyjątkiem podmiotu ustawowo upoważnionych.

Miejscowość i data

### Dane kontaktowe:

Email

Telefon komórkowy

Wyrażam zgodę na informowanie o terminach wizyt drogą mailową lub telefoniczną. Zaświadczam iż poinformowano mnie, że podanie tych danych jest dobrowolne.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych w celach marketingowych przez Dentim Sp z o.o. z siedzibą w Katowicach. Zgodnie z ustawą z dnia 19.08.97 o ochronie danych osobowych oraz na otrzymywanie od Dentim Clinic Sp z o. o. informacji handlowych drogą elektroniczną zgodnie z ustawą z dnia 18.07.02 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną.

Upoważniam do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych:

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Telefon

Miejscowość i data, czytelny podpis pacjenta

### Wywiad lekarski:

Kiedy ostatnio był/a Pan/i u lekarza stomatologa?

Jakie zabiegi były ostatnio wykonywane?

Jaki jest powód dzisiejszej wizyty?

Jakie ma Pan/i oczekiwania związane z leczeniem stomatologicznym?

Czy dotychczasowe leczenie odbywało się w znieczuleniu?

Skąd się Pan/i dowiedział/a o naszej klinice?

### Adres miejsca zamieszkania:

Ulica, Nr domu, Nr lokalu

Kod Pocztowy

Miejscowość

Czytelny podpis Pacjenta

Telefon stacjonarny

Czytelny podpis Pacjenta

Czytelny podpis Pacjenta

Upoważniam do wydania mojej dokumentacji medycznej:

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Telefon

Miejscowość i data, czytelny podpis pacjenta