

Ząb	Rozpoznanie	Zabiegi, leki, zalecenia, wyniki badań dodatkowych, skierowania do specjalisty, niezdolność do pracy	Kod użytych materiałów	Kod procedury	Punktacja	Podpis Lekarza

str.4

Pieczętka świadczeniodawcy  
 karty "PODMIOT LECZNICZY K.A.DENT"  
 KRZYSZTOF ADAMCZAK (01)(003)(1800)  
 ul. Generała Sikorskiego 2, 62-050 Rogalinek  
 (3021105)  
 tel. 509-622-851, 61-307-05-60  
 NIP 782-213-82-19, REGON 300769955

Nr

Data rejestracji.....

**KARTA STOMATOLOGICZNA**

Nazwisko..... Imię.....  
 Data urodzenia..... Płeć.....  
 Tel..... PESEL  
 Adres.....

**CHOROBY OGÓLNOUSTROJOWE – TAK/NIE**

Alergia..... Nadciśnienie..... Cukrzyca..... Choroby tarczycy..... Epilepsja.....  
 Skaza krwotoczna..... Żółtaczka..... Gruźlica..... AIDS..... Choroby serca.....  
 Wirusowe zapalenie wątroby typu A, B lub C..... Inne.....  
 Przyjmowane leki.....

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą i stanem faktycznym. Wszystkie zmiany mojej sytuacji zdrowotnej zobowiązuję się zgłosić przy najbliższej okazji.

W przypadku, gdy pacjent nie stosuje się do wskazań, zaleceń lekarza, przerywa leczenie, lub nie przestrzega terminów wizyty – ponosi odpowiedzialność za wynik leczenia.

Data..... Podpis pacjenta.....

str.1

Data	Ząb	Rozpoznanie	Zabiegi, leki, zalecenia, wyniki badań dodatkowych, skierowania do specjalisty, niezdolność do pracy	Kod użytych materiałów	Kod procedury	Punktacja	Podpis Lekarza

Str...

**"PODMIOT LECZNICZY K.A.DENT"**  
 KRZYSZTOF ADAMCZAK (01)(003)(1800)  
 ul. Generata Sikorskiego 2, 62-050 Rogalinek  
 (3021105)  
 tel. 509-622-851, 61-307-05-60

NIP 782-213-82-19, REGON 300789955

Data	Ząb	Rozpoznanie	Zabiegi, leki, zalecenia, wyniki badań dodatkowych, skierowania do specjalisty, niezdolność do pracy	Kod użytych materiałów	Kod procedury	Punktacja	Podpis Lekarza

Dla danych pozyskanych z innych źródeł:

"PODMIOT LECZNICZY K.A.DENT"  
KRZYSZTOF ADAMCZAK (01)(003)(1800)  
ul. Generała Sikorskiego 2, 62-050 Rogalinek  
(pieczęć nagłówkowa)  
tel. 509-622-851, 61-307-05-60  
NIP 782-213-82-19, REGON 300769955

.....  
(data i miejsce)

Zgodnie z art. 14 ogólnego rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016 r. o ochronie danych osobowych informuję, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych/ danych osobowych Pani/Pana dziecka jest **K.A. Dent Krzysztof Adamczak ul. Sikorskiego 2 62-050 Rogalinek**, którego reprezentuje **Krzysztof Adamczak , lekarz stomatolog**,
- 2) Pani/Pana dane osobowe/ dane osobowe Pani/Pana dziecka przetwarzane będą w celu **realizacji usług medycznych** . na podstawie art 13, art 6 ust.1 ppkt a i b oraz art 9 ust.2 ppkt h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,
- 3) zakres danych, które zostały pozyskane to: **imię, nazwisko, data urodzenia, adres, pesel, nr tel., e-mail, nr i seria dokumentu tożsamości(dowodu osobistego, paszportu, legitymacji szkolnej/studenckiej, prawa jazdy), choroby ogólnoustrojowe, przyjmowane leki**
- 4) Pani/ Pana dane/ dane Pani/Pana dziecka pozyskano z **dowodu osobistego/ paszportu/ prawa jazdy/ karty pobytu/ dokumentu podróży/ książeczki zdrowia dziecka**,
- 5) Pana/Pani dane osobowe/ dane osobowe Pania/Pana dziecka przechowywane będą w okresie niezbędnym do realizacji celów przetwarzania tj. **realizacji usług medycznych oraz po ich zakończeniu zgodnie z obowiązującymi przepisami kancelaryjnymi i archiwalnymi**
- 6) posiada Pani/ Pan prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych – *należy rozstrzygnąć czy nie ma konieczności ograniczeń uprawnień wynikających z innych przepisów prawa*,
- 7) istnieje możliwość wniesienia skargi do organu nadzorczego na tryb i sposób przetwarzania danych osobowych przez administratora, jeśli uzna Pani/ Pan za uzasadnione, że Pani/ Pana dane osobowe / dane osobowe Pani/Pana dziecka są przetwarzane niezgodnie z Rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
- 8) odbiorcami Pana/Pani danych osobowych/ danych osobowych Pani/Pana dziecka będą (podać nazwę odbiorców lub kategorię odbiorców),
- 9) administrator nie będzie przekazywał Pani/ Pana danych osobowych/ danych osobowych Pani/Pana dziecka odbiorcom w państwach trzecich oraz organizacjom międzynarodowym – *opcjonalne*,
- 10) administrator nie podejmuje czynności związanych ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji wobec danych osobowych, w tym o profilowaniu – *opcjonalne*

**ZAŁĄCZNIK NR 1 b**

Dla danych pozyskanych bezpośrednio od osób:

"PODMIOT LECZNICZY K.A.DENT"  
KRZYSZTOF ADAMCZAK (01)(003)(1800)  
ul. Generata Sikorskiego 2, 62-050 Rogalinek  
(3021105)  
tel. 509 623 851, 61 307 05 60  
NIP 782-213-82-19, REGON 300769955

.....  
(data i miejsce)

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016 r. o ochronie danych osobowych informuję, iż:

1) administratorem Pani/Pana danych osobowych, / danych osobowych Pani/Pana dziecka jest **K.A. Dent Krzysztof Adamczak ul. Sikorskiego 2 62-050 Rogalinek**, którego reprezentuje **Krzysztof Adamczak lekarz stomatolog**,

2) Pani/Pana dane osobowe / dane osobowe Pani/Pana dziecka przetwarzane będą w celu **realizacji usług medycznych** na podstawie art 13, art 6 ust.1 ppkt a i b oraz art 9 ust.2 ppkt h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,

3) odbiorcami Pana/Pani danych osobowych / danych osobowych Pani/Pana dziecka będą:

**lekarz stomatolog,**

**higienistka stomatologiczna, asystentka stomatologiczna, pomoc dentystyczna**

**technik dentystyczny,**

**Narodowy Fundusz Zdrowia**

4) Pana/Pani dane osobowe / dane osobowe Pani/Pana dziecka przechowywane będą w okresie niezbędnym do realizacji celów przetwarzania tj. **realizacji usług medycznych oraz po ich zakończeniu zgodnie z obowiązującymi przepisami kancelaryjnymi i archiwalnymi**

5) posiada Pani/ Pan prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych – *należy rozstrzygnąć czy nie ma konieczności ograniczeń uprawnień wynikających z innych przepisów prawa*,

6) istnieje możliwość wniesienia skargi do organu nadzorczego na tryb i sposób przetwarzania danych osobowych przez administratora, jeśli uzna Pani/ Pan za uzasadnione, że Pani/ Pana dane osobowe/ dane osobowe Pani/Pana dziecka /są przetwarzane niezgodnie z Rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

7) podanie danych osobowych jest obowiązkowe i wynika z mocy przepisu prawa tj. ustawy o działalności leczniczej i ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a brak podania danych osobowych będzie skutkowało możliwością odstąpienia od udzielenia świadczeń, chyba, że inne przepisy stanowią inaczej,

8) administrator nie będzie przekazywał Pani/ Pana danych osobowych/ idanych osobowych Pani/Pana dziecka odbiorcom w państwach trzecich oraz organizacjom międzynarodowym,

9) administrator nie podejmuje czynności związanych ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji wobec danych osobowych, w tym o profilowaniu

"PDMIOLECZENIEZYKADENT"  
KRZYSZTOF ADAMCZAK (01)(003)(1800)  
ul. Generata Sikorskiego 2, 62-050 Rogalinek  
(3021105)  
tel. 509-622-851, 61-307-05-60  
NIP 782-213-82-19, REGON 300769955

Rogalinek, .....  
(data)

### Oświadczenie

Oświadczam, że zostały mi przekazane wszelkie informacje dotyczące wykonania badania/świadczenia zdrowotnego ..... BADANIE JAMY USTNEJ / FLUORYZACJE ..... (wskazać rodzaj badania/świadczenia zdrowotnego\*), a w szczególności informacje o jego celu, przebiegu, jak również dających się przewidzieć następstwach jego wykonania albo zaniechania, a także o alternatywnych metodach diagnostycznych i leczniczych i ich skutkach i, że je zrozumiałem. Otrzymałem również zadowolające odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania i zrozumiałem udzielone mi odpowiedzi.

Jednocześnie **dobrowolnie wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\*** na wykonanie ww. badania/świadczenia zdrowotne.

.....  
Czytelny podpis składającego oświadczenie

\*niepotrzebne skreślić

Rogalinek, .....  
(data)

### Oświadczenie

Oświadczam, że **upoważniam** osobę bliską ..... (imię i nazwisko wpisać czytelnie, drukowanymi literami) do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych. Podaję dane kontaktowe tej osoby .....(adres, numer telefonu, e-mail, itp.).

Oświadczam, że **nie upoważniam** żadnej osoby do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych\*.

.....  
Czytelny podpis składającego oświadczenie

Oświadczam, że **upoważniam** osobę bliską <sup>1</sup> ..... (imię i nazwisko wpisać czytelnie, drukowanymi literami) do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia i udzielanych mi świadczeń zdrowotnych.

Oświadczam, że **nie upoważniam** żadnej osoby do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych\*.

.....  
Czytelny podpis składającego oświadczenie

<sup>1</sup> pojęcie osoby bliskiej należy rozumieć zgodnie z jego definicją zawartą a art. 3 ust. 1 pkt.2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417, z późn. zm.), czyli jako małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta;

\*niepotrzebne skreślić

"PODMIOT LECZNICZY K.A.DENT"  
KRZYSZTOF ADAMCZAK (01)(003)(1800)  
ul. Generała Sikorskiego 2, 62-050 Rogalinek  
(3021105)

tel. 509-622-851, 61-307-05-60

NIP 782-213-82-19, REGON 300769955

**ZGODA NA UDZIAŁ W PROFILAKTYCZNYM PROGRAMIE BADANIA JAMY USTNEJ ORAZ  
FLUORYZACJI ZĘBÓW**

Wyrażam zgodę na:

**Badanie jamy ustnej/fluoryzację**

U mojego dziecka (Imię i Nazwisko).....

Imię i Nazwisko rodzica/opiekuna prawnego.....

PESEL rodzica .....

**\* niepotrzebne skreślić**

Podpis rodzica/ucznia pełnoletniego  
.....

"PODMIOT LECZNICZY K.A.DENT"  
KRZYSZTOF ADAMCZAK (01)(003)(1800)  
ul. Generała Sikorskiego 2, 62-050 Rogalinek  
(3021105)  
tel. 509-622-851, 61-307-05-60  
NIP 782-213-82-19, REGON 300769955

Rogalinek, .....  
(data)

**Oświadczenie**

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym/opiekunem faktycznym<sup>2</sup>  
małoletniego/osoby ubezwłasnowolnionej..... (imię  
i nazwisko małoletniego/osoby ubezwłasnowolnionej, wpisać czytelnie, drukowanymi  
literami).

.....  
Czytelny podpis  
Przedstawiciela ustawowego/opiekuna

faktycznego\*

<sup>2</sup> pojęcie **opiekuna faktycznego** należy rozumieć zgodnie z jego definicją zawartą w art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417, z późn. zm.), czyli jako osobę sprawującą, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga.

**\*niepotrzebne skreślić**