Gabinet:
DC SMILE DESIGNERS
Joanna Dziok i Marta Czaplińska
– Lekarze Dentyści – spółka partnerska
NIP: 8943144633
Legnicka 55/Ua5, 54-203 Wrocław, PL

Pacjent:

.....
imię i nazwisko

.....
pesel

.....
adres zamieszkania

ZGODA NA WYKORZYSTANIE DANYCH MEDYCZNYCH, ZDJĘĆ RTG I FOTOGRAFICZNYCH DLA CELÓW EDUKACYJNYCH, SZKOLEŃ I PUBLIKACJI NAUKOWYCH

Czy zgadza się Pan/i na przetwarzanie danych osobowych zamieszczonych w niniejszym formularzu przez DC Smile Designers Joanna Dziok i Marta Czaplińska – Lekarze Dentyści sp. p., które przetwarzamy w związku z udzielaniem Panu/-i świadczeń leczniczych, poprzez wykorzystanie ich przez naszych lekarzy dentystów ..... w celach edukacyjnych, podczas szkoleń dla lekarzy dentystów oraz do publikacji naukowych w podanym poniżej zakresie?
TAK, niniejsza zgoda będzie obejmuje przetwarzanie moich danych osobowych, bez ujawnienia imienia i nazwiska, w postaci*:
- wieku;
- płci;
- informacji o przebiegu procesu diagnostycznego;
- informacji o przebiegu procesu leczniczego i zastosowanych metodach leczniczych;
- zdjęć RTG;
- zdjęć fotograficznych jamy ustnej przed, w trakcie i po zakończeniu leczenia;
- zdjęcia fotograficznych twarzy przed, w trakcie i po zakończeniu leczenia;
- inne – wymienić: .....

* proszę skreślić zakres danych, na których przetwarzanie zgoda nie jest udzielana I DOPISAĆ

Może Pan/i odwołać swoją zgodę pisemnie, i od daty wpłynięcia takiego oświadczenia Pana/-i dane nie będą już przetwarzane w celach wskazanych w niniejszym formularzu. Odwołanie zgody nie będzie skutkowało usunięciem danych z materiałów już stworzonych, wykorzystanych lub opublikowanych.

Ja, (imię i nazwisko) ..... PESEL | | | | | | | | | | | |
wyrażam zgodę na wykorzystanie moich danych osobowych szczególnej kategorii w powyższym zakresie w celach edukacyjnych, podczas szkoleń dla lekarzy dentystów oraz do publikacji naukowych.

.....
Data podpisu

.....
Podpis pacjenta / Akceptacja pacjenta / Opiekuna