

Zgoda na zdalne konsultacje okulistyczne

Data:.....
Imię, Nazwisko:.....
PESEL:.....
Adres:.....
Telefon:.....
e-mail:.....

Ja, niżej podpisana/y jestem świadoma/y ograniczeń związanych ze zdalną konsultacją okulistyczną, wynikających ze specyficznego, pośredniego sposobu jej przeprowadzenia. Jestem świadoma/y, że konsultacja ta nie jest równoznaczna z pełnym, bezpośrednim badaniem okulistycznym w gabinecie lekarskim i że pomimo przeprowadzenia zdalnej konsultacji może zaistnieć konieczność pilnego lub planowego, stacjonarnego badania okulistycznego w gabinecie okulistycznym. Jestem świadoma/y, że zdalna konsultacja okulistyczna nie daje możliwości bezpośredniego zbadania ostrości wzroku pacjenta, pomiaru ciśnienia w oku, doboru okularów, czy szczegółowego badania oka - w tym badania dna oka. Jestem świadoma/y ryzyka pomyłki diagnostyczno-terapeutycznej wynikającej z niemożności przeprowadzenia bezpośredniego badania okulistycznego. Wyrażam świadomą zgodę na zdalne konsultacje okulistyczne z dr n. med. Agnieszką Kobierzycką-Bala. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez dr n. med. Agnieszkę Kobierzycką-Bala na potrzeby powyższych konsultacji okulistycznych (obraz, głos, dane osobowe), za pośrednictwem teleinformatycznych środków porozumiewania się: rozmowa telefoniczna, poczta elektroniczna (e-mail), wideokonferencja Skype/WhatsApp, zdjęcia. Wyrażam zgodę na otrzymywanie dokumentacji związanej ze zdalnymi konsultacjami okulistycznymi, prowadzonymi przez dr n. med. Agnieszkę Kobierzycką-Bala.

.....

Data

.....

czytelny podpis (Imię i Nazwisko)

Formularz zgody należy wydrukować, czytelnie wypełnić i podpisać. Wypełnioną i podpisaną zgodę należy zeskanować lub zrobić jej zdjęcie. Skan lub zdjęcie zgody należy przesłać do dr n. med. Agnieszki Kobierzyckiej-Bala za pośrednictwem e-mail (e-mail: kobierzycka@drokulista.pl), sms lub WhatsApp (tel. 503 428 175).