



FORMULARZ ZGODY

NA BADANIA I PROFILAKTYKĘ STOMATOLOGICZNĄ
DZIECKA W DENTOBUSIE, ZAPARKOWANYM W BEZPOŚREDNIEJ BLISKOŚCI SZKOŁY
PODSTAWOWEJ/PRZEDSZKOLA W RAMACH KONTRAKTU Z NFZ.

WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

..... Imię i nazwisko dziecka
..... Adres (ulica, kod, miejscowość)
..... Pesel

Wyrażam zgodę na wykonanie (właściwe skreśli znakiem X):

- | | | | |
|----|--|------------------------------|------------------------------|
| 1. | badan stomatologicznych (przeгляд z diagramem i planem leczenia) | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 2. | zabiegów profilaktycznych (usunięcie kamienia nazębnego, lakowanie, instruktaż higieny, fluoryzacja) | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

W przypadku niewyrażenia zgody na badanie dziecka, badanie nie będzie wykonane.

Oznajmiam, że zostałam/em poinformowana/y, iż badanie i czynności profilaktyczne będą wykonane bez obecności rodzica, podczas zajęć w terminie wcześniej uzgodnionym z Dyrekcją szkoły oraz w obecności nauczyciela.

Wynik badania wraz z zaleceniami zostanie Państwu przekazany w formie pisemnej.

..... Data
..... Czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna
..... Numer telefonu
..... Adres e-mail

Zgoda może zostać odwołana w sposób pisemny lub telefoniczny przez rodzica lub prawnego opiekuna dziecka.

Klauzula informacyjna

Informujemy, że:

1. Administratorem danych wskazanych w zgodzie na przetwarzanie danych osobowych wyrażonej powyżej jest Stomatologia Piaseczno sp. z o.o. S.K. z siedzibą przy ul. Nowej 6, w Starej Iwicznej 05-500, tel.: +48 733 686 310, adres e-mail: dentobus.bydgoszcz@dentobus.com.pl.
2. Celem zbierania danych jest wykonanie świadczeń zdrowotnych i poinformowanie o stanie zdrowia.
3. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (*Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych*).
4. Podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do realizacji świadczeń zdrowotnych. W przypadku niepodania danych nie będzie możliwe wykonanie świadczeń.
5. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim. Odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy prawa.
6. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu.
7. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
8. Dane osobowe będą przechowywane przez okres 10lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym została wyrażona zgoda na przetwarzanie danych osobowych.