

Data,

**WYRAŻENIE ZGODY RODZICA/OPIEKUNA
NA LECZENIE STOMATOLOGICZNE DZIECKA
W SZKOLNYM GABINECIE STOMATOLOGICZNYM**

DANE DZIECKA:

Nazwisko:

Imię:

Adres:

PESEL:

Telefon kontaktowy rodzica/opiekuna:

E-mail:

ZGADZAM SIĘ NA PROFILAKTYKĘ (przeгляд, lakierowanie zębów, fluoryzacja, instruktaż higieny jamy ustnej)

TAK ()

WYRAŻAM ZGODĘ NA LECZENIE STOMATOLOGICZNE DZIECKA W SZKOLNYM GABINECIE STOMATOLOGICZNYM przy ul. Bolesława Prusa 5 w Skaryszewie prowadzonym przez lek. dent. Oskara Buczyńskiego

TAK ()

W przypadku wyrażenia zgody na leczenie stomatologiczne dziecka uprzejmie proszę o przekazanie informacji o dziecku:

Wywiad:

Choroby ogólne: Alergia (), Nadciśnienie (), Cukrzyca (), Układ krążenia (), Choroba nerek (), Tarczycy (), Epilepsja (), Żółtaczka (), Przeszczep (), Zaburzenia krzepnięcia krwi (),

Inne

Przyjmowane aktualnie leki:

Występowanie uczuleń na leki i środki znieczulające:

Wyrażam zgodę na realizację w/w świadczeń na mocy umowy pomiędzy Praktyką Stomatologiczną Oskar Buczyński a Narodowym Funduszem Zdrowia (ozn. bezpłatnie dla Pacjenta). Oświadczam, że w/w świadczenia profilaktyczne nie były realizowane w ramach NFZ w przeciągu ostatnich 6 m-cy. Wyrażoną zgodę można w dowolnym momencie cofnąć po złożeniu oświadczenia w formie pisemnej.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 (RODO) przez Praktyka Stomatologiczna Oskar Buczyński, w celu udzielania przez ten podmiot świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne oraz przesyłania informacji drogą elektroniczną na podany adres e-mail lub na podany numer telefonu, zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002r o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz.U. 2002 Nr 144, 1204 z późn. zm.), zgodnie z art. 23 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2015r., poz. 2135). Podanie danych jest dobrowolne. Poinformowano mnie, że przysługuje mi prawo dostępu do swoich danych, możliwości ich poprawienia, żądania zaprzestania ich przetwarzania.

.....
Podpis rodzica/opiekuna