

pieczęć gabinetu

ZGODA - NFZ

Dnia _____

Imię i nazwisko małoletniego dziecka

PESEL małoletniego dziecka

Imię i nazwisko rodzica/przedstawiciela/opiekuna małoletniego dziecka

PESEL rodzica/przedstawiciela/opiekuna małoletniego dziecka

Adres zamieszkania

Numer telefonu i adres e-mail rodzica do wysyłki informacji o stanie jamy ustnej (diagram zębowy)

ZGODA DLA WYKONYWANIA ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH

Ja, niżej podpisana/ny oświadczam, że:

1. Jestem rodzicem / przedstawicielem ustawowym / opiekunem prawnym / opiekunem faktycznym ww. małoletniego dziecka.
2. Zapoznałam/em się z zamieszczonymi na stronie internetowej www.mediroot.pl oraz w Gabinetcie regulaminie organizacyjnym podmiotu leczniczego oraz z klauzulą informacyjną RODO oraz zaakceptowałam/em ich warunki.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie ww. danych osobowych przez podmiot leczniczy w celach realizacji świadczeń medycznych i związanych z nimi procedur.
4. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie w roku szkolnym ____/____ przez personel Gabinetu u ww. małoletniego dziecka pakietu zabiegów pogłębionej profilaktyki jamy ustnej, udzielanych w ramach opieki stomatologicznej dla dzieci i młodzieży m.in.:
 - badanie lekarskie stomatologiczne, które obejmuje również instruktaż higieny jamy ustnej /badanie stomatologiczne kontrolne / (ocena stanu jamy ustnej; techniki prawidłowego szczotkowania zębów) oraz profilaktyczne świadczenia zdrowotne obejmujące aktualny dany wiek dziecka, w tym wizyta adaptacyjna.
 - usuwanie złogów nazębnych miękkich i twardych (nieinwazyjny zabieg oczyszczenia zębów pozwalający wykryć próchnicę oraz zapobiegać jej dalszemu powstaniu, np. poprzez szczoteczki, gumeczki lub inne narzędzia pozwalające usunąć złogi miękkie lub twarde, podczas tego zabiegu wskazywane są miejsca gdzie dziecko nie doczyszcza zębów)
 - lakierowanie zębów / leczenie próchnicy początkowej (nieinwazyjne zabiegi zaaplikowania pędzelkiem na powierzchnię zęba preparatu z fluorem w celu systematycznego leczenia demineralizacji szkliwa lub profilaktyki)
 - leczenie zmian błony śluzowej jamy ustnej (np. nieinwazyjny zabieg preparatem antybakteryjnym np. po usunięciu złogów nazębnych nakładany pędzelkiem w celu eliminacji bakterii)

Klauzula informacyjna ROD

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych oraz danych osobowych małoletniego dziecka jest ww. Podmiot Leczniczy
- 2) Kontakt z Administratorem Danych Osobowych możliwy jest pod adresem e-mail: rkorzeniowski@gmail.com
- 3) Pani/Pana dane osobowe oraz dane osobowe małoletniego dziecka przetwarzane będą w celu świadczenia usług medycznych - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c RODO
- 4) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych oraz danych osobowych małoletniego dziecka będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
- 5) Pani/Pana dane osobowe oraz dane osobowe małoletniego dziecka przechowywane będą przez okres 20 lat.
- 6) Posiada Pani/Pan prawo do żądania od Administratora Danych Osobowych dostępu do podanych danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania.
- 7) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych oraz danych osobowych małoletniego dziecka.
- 8) Podanie Pani/Pana danych osobowych oraz danych osobowych małoletniego dziecka jest obligatoryjne na mocy przepisów (1) RODO, (2) ustawy z dnia 06.11.2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, (3) ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (4) ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

podpis czytelny