



Jako rodzic/opiekun prawny dziecka: o numerze PESEL.....
(imię i nazwisko DZIECKA) (PESEL DZIECKA)

zamieszkałego.: ul..... W kod pocztowy
(ulica, numer domu, numer mieszkania) (miejscowość)

wyrażam zgodę na **BEZPŁATNE** wykonanie u w/w dziecka stomatologicznych badań kontrolnych i usług profilaktycznych oraz okołoprofilaktycznych (*szczegółowy zakres poniżej) w Dentobusie lub szkolnym gabinecie zabiegowym.

W sprawie kontynuacji leczenia, świadczeniodawca może się ze mną skontaktować pod numerem tel.:
(opcjonalnie - nr telefonu rodzica)

Dodatkowo, (pozycje NIEOBOWIĄZKOWE, DOBROWOLNE i także BEZPŁATNE) wyrażam zgodę na:

- ☐ usunięcie złogów nazębnych miękkich i/lub twardych (kamień)
- ☐ lakowanie zębów stałych trzonowych (pierwszych do ukończenia 8-go roku życia, drugich do ukończenia 14-go roku życia)
- ☐ leczenie próchnicy średniej i głębokiej zębów mlecznych (z wypełnieniem materiałem glasonomerowym lub założeniem opatrunku)
- ☐ leczenie doraźne zębów mlecznych zgorzeliń (ropnie, przetoki)
- ☐ usunięcie zęba/zębów mlecznych lub korzeni reszkowych (WYŁĄCZNIE w wypadku zębów rozchwianych, znacznie zniszczonych próchnicowo oraz nieprzydatnych w zgryzie, z zastosowaniem wyłącznie znieczulenia powierzchniowego - maść/spray z Lidokainą)

Zaznaczenie ☒ lub ☒ to wyrażenie zgody na dany zabieg. Brak zaznaczenia jest równoznaczny z brakiem Państwa zgody.

Wykonanie w/w jest zależne od wyników przeglądu, oceny lekarza, współpracy Pacjenta, zasobów materiałowych i czasowych oraz ilości Pacjentów w dniu przeglądów.

*szczegółowy zakres możliwych świadczeń: badanie stomatologiczne kontrolne, profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 4, 5, 6, 7, 10, 12, 13, 16 roku życia, fluoryzacja zębów stałych, profilaktyka fluorkowa (w tym lakierowanie), objawowe leczenie zmian na błonie śluzowej, leczenie próchnicy początkowej, remineralizacja wczesnych zmian próchnicowych, odwapnień, startych powierzchni zgryzowych, płukanie kieszonki dziąsłowej z aplikacją leku, usunięcie osadów nazębnych.

INFORMACJA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH: Administratorem danych osobowych dziecka oraz jego rodzica/opiekuna prawnego jest DirectMedic Gabinety Stacjonarne sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu (53-652) ul. Kruszwicka 24/52, adres e-mail: oswiadczenia@directmedic.pl. Przetwarzanie danych odbywa się na podstawie przepisu art. 9 ust. 2 lit. h RODO oraz art. 9 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami. Celem przetwarzania danych jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym realizacja obowiązków administratora, jako podmiotu leczniczego (np. prowadzenie dokumentacji medycznej), zarządzanie systemami opieki zdrowotnej (np. rozliczenia z NFZ) oraz obrona przed ewentualnymi roszczeniami. Dane zawarte w dokumentacji medycznej administrator przechowuje zgodnie z terminami wynikającymi z przepisów prawa, w szczególności ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom zewnętrznym, zaopatrującym administratora w usługi zapewniające ciągłość działania (np. teleinformatyczne) oraz NFZ. Przysługuje Państwu prawo dostępu do danych, ich sprostowania, ograniczenia ich przetwarzania oraz złożenia skargi na przetwarzanie danych osobowych do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych przez administratora dostępne są pod adresem: www.directmedic.pl w zakładce „RODO”.

.....
data i podpis rodzica lub prawnego opiekuna dziecka



Jako rodzic/opiekun prawny dziecka: o numerze PESEL.....
(imię i nazwisko DZIECKA) (PESEL DZIECKA)

zamieszkałego.: ul..... W kod pocztowy
(ulica, numer domu, numer mieszkania) (miejscowość)

wyrażam zgodę na **BEZPŁATNE** wykonanie u w/w dziecka stomatologicznych badań kontrolnych i usług profilaktycznych oraz okołoprofilaktycznych (*szczegółowy zakres poniżej) w Dentobusie lub szkolnym gabinecie zabiegowym.

W sprawie kontynuacji leczenia, świadczeniodawca może się ze mną skontaktować pod numerem tel.:
(opcjonalnie - nr telefonu rodzica)

Dodatkowo, (pozycje NIEOBOWIĄZKOWE, DOBROWOLNE i także BEZPŁATNE) wyrażam zgodę na:

- ☐ usunięcie złogów nazębnych miękkich i/lub twardych (kamień)
- ☐ lakowanie zębów stałych trzonowych (pierwszych do ukończenia 8-go roku życia, drugich do ukończenia 14-go roku życia)
- ☐ leczenie próchnicy średniej i głębokiej zębów mlecznych (z wypełnieniem materiałem glasonomerowym lub założeniem opatrunku)
- ☐ leczenie doraźne zębów mlecznych zgorzeliń (ropnie, przetoki)
- ☐ usunięcie zęba/zębów mlecznych lub korzeni reszkowych (WYŁĄCZNIE w wypadku zębów rozchwianych, znacznie zniszczonych próchnicowo oraz nieprzydatnych w zgryzie, z zastosowaniem wyłącznie znieczulenia powierzchniowego - maść/spray z Lidokainą)

Zaznaczenie ☒ lub ☒ to wyrażenie zgody na dany zabieg. Brak zaznaczenia jest równoznaczny z brakiem Państwa zgody.

Wykonanie w/w jest zależne od wyników przeglądu, oceny lekarza, współpracy Pacjenta, zasobów materiałowych i czasowych oraz ilości Pacjentów w dniu przeglądów.

*szczegółowy zakres możliwych świadczeń: badanie stomatologiczne kontrolne, profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 4, 5, 6, 7, 10, 12, 13, 16 roku życia, fluoryzacja zębów stałych, profilaktyka fluorkowa (w tym lakierowanie), objawowe leczenie zmian na błonie śluzowej, leczenie próchnicy początkowej, remineralizacja wczesnych zmian próchnicowych, odwapnień, startych powierzchni zgryzowych, płukanie kieszonki dziąsłowej z aplikacją leku, usunięcie osadów nazębnych.

INFORMACJA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH: Administratorem danych osobowych dziecka oraz jego rodzica/opiekuna prawnego jest DirectMedic Gabinety Stacjonarne sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu (53-652) ul. Kruszwicka 24/52, adres e-mail: oswiadczenia@directmedic.pl. Przetwarzanie danych odbywa się na podstawie przepisu art. 9 ust. 2 lit. h RODO oraz art. 9 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami. Celem przetwarzania danych jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym realizacja obowiązków administratora, jako podmiotu leczniczego (np. prowadzenie dokumentacji medycznej), zarządzanie systemami opieki zdrowotnej (np. rozliczenia z NFZ) oraz obrona przed ewentualnymi roszczeniami. Dane zawarte w dokumentacji medycznej administrator przechowuje zgodnie z terminami wynikającymi z przepisów prawa, w szczególności ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom zewnętrznym, zaopatrującym administratora w usługi zapewniające ciągłość działania (np. teleinformatyczne) oraz NFZ. Przysługuje Państwu prawo dostępu do danych, ich sprostowania, ograniczenia ich przetwarzania oraz złożenia skargi na przetwarzanie danych osobowych do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych przez administratora dostępne są pod adresem: www.directmedic.pl w zakładce „RODO”.

.....
data i podpis rodzica lub prawnego opiekuna dziecka