

**Zgoda rodziców/prawnych opiekunów na wykonywanie procedur medycznych w DENTOBUSIE
(bez obecności rodziców/opiekunów prawnych)**

Podstawa prawna:

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2019 poz. 1373)

Wyrażam zgodę na wykonanie u mojego dziecka:

Imię i nazwisko dziecka	
PESEL	

następujących procedur związanych z opieką stomatologiczną (proszę zaznaczyć *Tak lub Nie*):

1. Badanie kontrolne (wizyta profilaktyczna)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
--	------------------------------	------------------------------

Zgoda ważna jest BEZTERMINOWO – do jej pisemnego odwołania. Wszystkie zabiegi realizowane w Dentobusie są bezpłatne i refundowane przez NFZ. W razie jakichkolwiek pytań proszę o kontakt pod numerem telefonu 537 424 428 lub pod adresem e-mail: dentobusopole@gmail.com

Oświadczam, że:

1. Zostałem/am zapoznany/a z informacją, iż Administratorem danych osobowych jest NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PARTNER-DENTAL Marcin Marasek, ul. Jagiellońska 11c/379, 41-200 Sosnowiec, NIP: 6441514808, REGON: 273416105 oraz informacją, że dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu opieki stomatologicznej oraz prowadzenia dokumentacji medycznej w ramach NFZ.
2. Zgodnie z zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych, uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) oraz Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018 poz. 1000) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych.
3. Zostałem/am poinformowany/a o prawie dostępu do treści danych, prawie ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawie do przenoszenia danych, prawie wniesienia sprzeciwu, prawie do cofnięcia zgody (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody) w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem (wszystkie wymienione prawa wymagają pisemnej formy).
4. W przypadku zmiany sytuacji faktycznej zobowiązuję się do niezwłocznego złożenia korekty niniejszego dokumentu.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna)

Szanowni Rodzice,

Próchnica u dzieci wpływa na stan całego organizmu, dzieci mogą być narażone na wiele groźnych chorób. Wysokie wskaźniki próchnicy u dzieci i młodzieży od lat biją na alarm. Dla pacjentów z małych miejscowości, w których jest utrudniony dostęp do dentysty, rozwiązaniem może być mobilny gabinet stomatologiczny, który jest wyposażony w najnowocześniejszy sprzęt. W Dentobusie można wykonać praktycznie takie same zabiegi jak w gabinecie stacjonarnym, bez ponoszenia żadnych opłat. Jeśli nie jest Państwu obojętne zdrowie waszych dzieci, uczniów i wychowanków zapraszamy do współpracy i wyrażenia zgody na udział w nim Państwa dzieci. Program jest bezpłatny i mogą w nim brać dzieci i młodzież do 18 roku życia.

Zaprosz DENTOBUS do waszej szkoły/ przedszkola / placówki oświatowej