

Szanowni Państwo,

zgodnie z ustaleniami z Dyrekcją placówki, do której uczęszcza Państwa dziecko, w najbliższym czasie dentobus będzie stacjonował w bezpośrednim sąsiedztwie szkoły/przedszkola. Podczas pierwszego kontaktu proponujemy wykonanie przeglądów stomatologicznych oraz w miarę możliwości zabiegi profilaktyczne. Wyniki badań zostaną dostarczone w formie pisemnej.

Zgodnie z ustawą z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. 2019 poz. 1078), opieka stomatologiczna i profilaktyczna opieka stomatologiczna jest sprawowana nad uczniami do ukończenia 19. roku życia. Wg art. 7 ww. ustawy, profilaktyczna opieka stomatologiczna oraz opieka stomatologiczna sprawowana jest w przypadku braku sprzeciwu rodziców albo pełnoletnich uczniów. Abyśmy jednak mogli przyjmując pacjenta w dentobusie, musimy prosić o podpisanie dokumentów przygotowanych na podstawie obowiązujących wytycznych sanitarnych ustalonych przez Ministerstwo Zdrowia oraz Główny Inspektorat Sanitarny. Na ich podstawie jesteśmy zobowiązani do przedstawienia Państwu poniższych klauzul ustalonych przez ww. organy państwowe oraz do poinformowania o ewentualnych zagrożeniach.

Jednocześnie pragniemy zapewnić, iż zespół mobilnego gabinetu stomatologicznego tzw. dentobusu dokłada wszelkich starań, aby przyjmowanie pacjentów było bezpieczne i zgodne z literą prawa. W mobilnym gabinecie stomatologicznym są zachowane odpowiednie środki bezpieczeństwa. Przy wejściu do dentobusu znajduje się płyn do dezynfekcji rąk. Fotel stomatologiczny tzw. unit jest dezynfekowany po każdym uczniu. Zgodnie z obowiązującymi zasadami bezpieczeństwa uczeń do dentobusu powinien zgłosić się w maseczce ochronnej, przyłbicy lub z odzieżą zasłaniającą usta i nos (nie dotyczy dzieci do lat 5). Dopiero będąc na fotelu uczeń zostanie poproszony o ich zdjęcie. W przypadku konieczności oczekiwania na wizytę przed dentobusem, prosimy o zachowanie odległości minimum 1,5 metra od innych osób. Dziecko może być w obecności rodzica.

Uczniów z objawami infekcji lub którzy mieli kontakt z osobą zarażoną SARS-CoV-2 lub są objęci kwarantanną prosimy o obecność w innym terminie stacjonowania dentobusu.

Aby uczeń został przyjęty w mobilnym gabinecie stomatologicznym, proszony jest o dostarczenie uzupełnionych poniższych oświadczeń związanych ze stanem epidemicznym dotyczącym zakażeń koronawirusem SARS-CoV-2. Dokumenty zostały przygotowane na podstawie dostępnych wytycznych Ministerstwa Zdrowia i Głównego Inspektoratu Sanitarnego.

Uprzejmie prosimy o uzupełnienie dokumentów drukowanymi literami i podpisanie we wszystkich wskazanych miejscach, po czym dostarczenie najpóźniej w dniu przyjazdu dentobusu do szkoły/przedszkola. W przypadku braku któregośkolwiek podpisu uczeń zostanie poproszony o obecność w innym terminie stacjonowania dentobusu.

Z poważaniem

dr Konrad Ryłski
Dentobus

1. Ja niżej podpisana/-y

działając w imieniu własnym (uczeń pełnoletni) lub w imieniu małoletniego (rodzic/opiekun

prawny)

wyrażam zgodę na badanie stomatologiczne mojego dziecka.

2. W przypadku możliwości przeprowadzenia fluoryzacji:

Właściwe (tak lub nie) skreślić znakiem X:

Czy wyrażam zgodę na przeprowadzenie u mojego dziecka fluoryzacji?

☐ TAK ☐ NIE

3. Jednocześnie oświadczam, że **nie mogę wykluczyć**, iż w ciągu ostatnich 14 dni:

- nie miałam/-em kontaktu z osobą zainfekowaną wirusem COVID-19,
- nie miałam/-em kontaktu z osobą mogącą być zainfekowaną wirusem COVID-19, na przykład powracającą z rejonów, w których wirus występuje lub z osobami mającymi kontakt z takimi osobami,
- w sklepach, aptekach, punktach usługowych, w których dokonywałam/-em zakupów nie było, w ciągu poprzednich 4 godzin, osób zainfekowanych wirusem COVID-19,
- żadna z osób, z jakimi się stykałam/-em nie miała kontaktu z osobami mogącymi być nosicielami, nawet bezobjawowymi wirusa COVID-19.

.....
Data oraz czytelny podpis ucznia lub opiekuna prawnego

Oświadczenie pacjenta/opiekuna dotyczące ryzyka zakażenia patogenami przenoszonymi drogą kropelkową

Podczas przebywania w dentobusie, pomimo zastosowania środków ochronnych, może dojść do zakażenia wirusem SARS-CoV-2 lub innym drobnoustrojem przenoszonym drogą kropelkową. Uczeń (i/lub jego prawny opiekun) rozumie oraz w pełni i akceptuje powyższe ryzyko zakażenia oraz ryzyko wszystkich powikłań COVID-19, a także możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby (w tym rodzinę ucznia).

Oświadczam, że jestem świadoma/świadomy opisanego powyżej ryzyka podczas tej oraz wszystkich kolejnych obecności w dentobusie, a podpis składam dobrowolnie.

.....
Data

.....
Podpis ucznia/opiekuna

.....
Podpis lekarza

Wywiad Epidemiczny

Dane osobowe ucznia:

WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imię i nazwisko ucznia

.....
Adres (ulica, miejscowość)

.....
Numer telefonu

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kod pocztowy

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Klasa

Właściwe (tak lub nie) skreślić znakiem X:

Czy w ciągu 2 tygodni przebywał Pan/Pani/dziecko (uczeń)/podopieczny za granicą?

☐ TAK ☐ NIE

Czy ktoś z Państwa domowników w ciągu ostatnich 2 tygodni przebywał za granicą?

☐ TAK ☐ NIE

Czy Pan/Pani/dziecko (uczeń)/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?

☐ TAK ☐ NIE

Czy obecnie występują u Pana/Pani/dziecka (ucznia)/podopiecznego objawy infekcji? (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?

☐ TAK ☐ NIE

Czy obecnie lub ostatnich dwóch tygodniach występują lub występowały w/w objawy u kogoś z domowników ?

☐ TAK ☐ NIE

Personel medyczny wykona pomiar temperatury u Państwa/Państwa dziecka (ucznia)/Podopiecznego

W przypadku, gdy niniejsze oświadczenie zostanie wypełnione na więcej niż 14 dni przed planowanym terminem udzielenia świadczenia w dentobusie, a informacje poświadczane przeze mnie podpisem ulegną zmianie, niezwłocznie poinformuję o tych zmianach w formie pisemnej placówkę oświatową, do której uczęszcza dziecko/uczeń, którego oświadczenie dotyczy.

.....
Data oraz czytelny podpis ucznia lub opiekuna prawnego

Klauzula informacyjna

Informujemy, że:

1. Administratorem danych wskazanych w zgodzie na przetwarzanie danych osobowych wyrażonej powyżej jest Ekodent Sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie przy ul. Krypskiej 30A, tel.: +48 733 686 310, dentobus.olsztyn@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, żądania 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 10 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym została wyrażona zgoda na przetwarzanie danych osobowych.
9. Kontakt z Inspektorem Danych Administratora: e-mail: iod@dentobus.com.pl