

FORMULARZ ZGODY

NA BADANIA I PROFILAKTYKĘ STOMATOLOGICZNĄ DZIECKA W DENTOBUSIE, ZAPARKOWANYM W BEZPOŚREDNIEJ
BLISKOSCI SZKOŁY /PRZEDSZKOŁA W RAMACH KONTRAKTU Z NFZ.

(prosimy o wypełnienie formularza drukowanymi literami)

Imię i nazwisko dziecka

Adres
(ulica, kod, miejscowość)

PESEL

WYRAŻAM ZGODĘ NA WYKONYWANIE (zaznacz właściwe)

1. badań stomatologicznych (przegląd z diagramem i planem leczenia) ☐ TAK ☐ NIE
2. zabiegów profilaktycznych (usunięcie kamienia nazębnego, lakowanie, fluoryzacja, instruktaż higieny)
☐ TAK ☐ NIE

Oznajmiam, że zostałam/em poinformowana/y, iż badanie i czynności profilaktyczne będą wykonane bez obecności rodzica, podczas zajęć w terminie wcześniej uzgodnionym z Dyrekcją szkoły oraz w obecności nauczyciela.

Po wykonaniu badania i świadczeń profilaktycznych, uczeń otrzymuje pisemną informację o stanie jamy ustnej, którą powinien przekazać rodzicowi/ opiekunowi.

.....

(adres zamieszkania Rodzica/Opiekuna)

.....

(miejscowość, data)

.....

(czytelny podpis Rodzica/Opiekuna)

Wszystkie zabiegi realizowane w Dentobusie przez J-DENT Indywidualna Praktyka Stomatologiczna Julita Szulimowska – wojewódzkiego operatora programu Ministerstwa Zdrowia, są bezpłatne i refundowane przez NFZ.

W razie jakichkolwiek pytań proszę o kontakt pod numerem telefonu 698 775 327 lub pod adresem e-mail:

dentobus.olsztyn@gmail.com

Dziecko leczone się w innym gabinecie stomatologicznym na NFZ, może bez problemu mieć udzielone ww. świadczenie w Dentobusie.

Oświadczam, że:

1. Zostałem/am zapoznany/a z informacją, iż Administratorem danych osobowych jest przez J-DENT Indywidualna Praktyka Stomatologiczna Julita Szulimowska, ul. Lisia 1 15-588 Kuriany NIP: 9661743056, REGON: 200292901 oraz informacją, że dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu opieki stomatologicznej oraz prowadzenia dokumentacji medycznej w ramach NFZ.
2. Zgodnie z zgodzie 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. 2019 poz. 1781) 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. 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 20 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym została wyrażona zgoda na przetwarzanie danych osobowych.

FORMULARZ ZGODY

NA BADANIA I PROFILAKTYKĘ STOMATOLOGICZNĄ DZIECKA W DENTOBUSIE, ZAPARKOWANYM W BEZPOŚREDNIEJ
BLISKOSCI SZKOŁY /PRZEDSZKOŁA W RAMACH KONTRAKTU Z NFZ.

(prosimy o wypełnienie formularza drukowanymi literami)

Imię i nazwisko dziecka

Adres
(ulica, kod, miejscowość)

PESEL

WYRAŻAM ZGODĘ NA WYKONYWANIE (zaznacz właściwe)

1. badań stomatologicznych (przegląd z diagramem i planem leczenia) ☐ TAK ☐ NIE
2. zabiegów profilaktycznych (usunięcie kamienia nazębnego, lakowanie, fluoryzacja, instruktaż higieny)
☐ TAK ☐ NIE

Oznajmiam, że zostałam/em poinformowana/y, iż badanie i czynności profilaktyczne będą wykonane bez obecności rodzica, podczas zajęć w terminie wcześniej uzgodnionym z Dyrekcją szkoły oraz w obecności nauczyciela.

Po wykonaniu badania i świadczeń profilaktycznych, uczeń otrzymuje pisemną informację o stanie jamy ustnej, którą powinien przekazać rodzicowi/ opiekunowi.

.....

(adres zamieszkania Rodzica/Opiekuna)

.....

(miejscowość, data)

.....

(czytelny podpis Rodzica/Opiekuna)

Wszystkie zabiegi realizowane w Dentobusie przez J-DENT Indywidualna Praktyka Stomatologiczna Julita Szulimowska – wojewódzkiego operatora programu Ministerstwa Zdrowia, są bezpłatne i refundowane przez NFZ.

W razie jakichkolwiek pytań proszę o kontakt pod numerem telefonu 698 775 327 lub pod adresem e-mail:

dentobus.olsztyn@gmail.com

Dziecko leczone się w innym gabinecie stomatologicznym na NFZ, może bez problemu mieć udzielone ww. świadczenie w Dentobusie.

Oświadczam, że:

1. Zostałem/am zapoznany/a z informacją, iż Administratorem danych osobowych jest przez J-DENT Indywidualna Praktyka Stomatologiczna Julita Szulimowska, ul. Lisia 1 15-588 Kuriany NIP: 9661743056, REGON: 200292901 oraz informacją, że dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu opieki stomatologicznej oraz prowadzenia dokumentacji medycznej w ramach NFZ.
2. Zgodnie z zgodzie 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. 2019 poz. 1781) 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. 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 20 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym została wyrażona zgoda na przetwarzanie danych osobowych.