

Imię i Nazwisko Kielce ,dnia.....
PESEL dziecka
Adres
Klasa **Telefon:**

1. Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na przeprowadzenie **badania jamy ustnej** u mojego dziecka połączonego z profesjonalnym czyszczeniem zębów i/lub usunięciem złogów nazębnych oraz profilaktyką fluorową (lakierowanie zębów) w szkolnym gabinecie stomatologicznym mieszczącym się w Szkole Podstawowej nr 22 ul. Gagarina 3 w Kielcach w ramach świadczeń refundowanych przez NFZ w czasie lekcji. Program realizowany na podstawie art.12ust.3ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz.U. z 2019r., poz. 1078)

Podpis opiekuna.....

2) Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody na leczenie próchnicy zębów z ewentualnym znieczuleniem na życzenie pacjenta lub zabezpieczenie bruzd zębów stałych materiałem flow w gabinecie szkolnym SP nr 22, ul. Gagarina 3 w Kielcach w ramach świadczeń refundowanych przez NFZ w **obecności opiekuna prawnego** (po konsultacji telefonicznej i ustaleniu terminu wizyty).

Podpis opiekuna.....

W przypadku wyrażenia zgody na leczenie proszę o podanie informacji o dziecku: **Choroby ogólne:** Alergia(),Nadciśnienie(),Cukrzyca(), Układ krążenia (),Choroby nerek(),Tarczyca(),Epilepsja()
Żółtaczka(),Zaburzenia krzepnięcia krwi(),inne.....

Przyjmowane leki.....

Występowanie **uczuleń** na leki i środki znieczulające.....

3)Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka przez podmiot leczniczy – PAMADENT Poradnia Stomatologiczna z siedzibą w Kielcach przy ul. Wybraniecka 3 reprezentowanego przez Małgorzatę Kwiecień- Zawadzką-administrator, państwa danych osobowych.Zgodnie z art.13 ust.1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/45/WE(zwane dalej RODO) informuję , iż dane osobowe i medyczne są chronione tajemnicą lekarską.

TELEFON:

Podpis opiekuna.....