

**ZGODA RODZICA/ OPIEKUNA PRAWNEGO NA BADANIE PROFILAKTYCZNE
STOMATOLOGICZNE DZIECKA**

DANE DZIECKA:

IMIĘ I NAZWISKO:

PESEL:

ADRES:

NUMER TELEFONU:

DANE RODZICA/ OPIEKUNA PRAWNEGO:

IMIĘ I NAZWISKO:

PESEL:

ADRES:

NUMER TELEFONU:

Zgodnie z art. 32-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. 2023, poz. 1516 ze zm.) oraz art. 16-18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2023, poz. 1545 ze zm.) oraz art.7 ust. 4 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. 2019,poz. 1078) wyrażam zgodę na wykonanie profilaktycznego świadczenia stomatologicznego dziecka.

Wyrażam zgodę*/ Nie wyrażam zgody na badanie profilaktyczne mojego dziecka w Zespole Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie Szpitalu Powiatowym im. Jana Pawła II w Poradni Stomatologicznej.

Badanie profilaktyczne mojego dziecka będzie polegało na ocenie stanu uzębienia, wykrywaniu nieprawidłowości wad zgryzu, lakierowania zębów(zabiegu fluoryzacji).

Krótką informacją o stanie zdrowia mojego dziecka:

Choroby ogólne(**X**): Alergia (), Nadciśnienie tętnicze (), Cukrzyca (), Układ krążenia (), Choroby nerek (), Choroby tarczycy (), Epilepsja (), Żółtaczka (), Przeszczep (), Zaburzenia krzepnięcia krwi(),

Inne:.....

Przyjmowane leki:.....

Zgoda zawierana jest na okres trwania roku szkolnego 2023/2024.

Zostałem/-am poinformowany/-a:

- a) o zakresie badania profilaktycznego,
- b) o kwalifikacji do bezpłatnego leczenia profilaktycznego.

Program realizowany na podstawie art. 12 ust.3 ustawy z dnia. 12.04.2019 o opiece zdrowotnej nad uczniami.

Włoszczowa, dnia.....

.....
/podpis rodzica/opiekuna prawnego/

* niepotrzebne skreślić

X- zaznaczyć występowanie choroby u dziecka

OŚWIADCZENIE PACJENTA/ OPIEKUNA PRAWNEGO

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w formie elektronicznej w celu prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z wymogami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Oświadczam, że zostałem poinformowany o możliwości dostępu i poprawy podanych przeze mnie danych, a także oświadczam, iż wszystkie podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą i stanem faktycznym, na podstawie ustawy z dnia 10 maja 2018 roku, o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1781);
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie przypomnień o nadchodzącej wizycie drogą SMS;
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie przypomnień o nadchodzącej wizycie drogą e-mailową.

zaznaczenie zgody powyżej jest wymagane

.....
/podpis rodzica/opiekuna prawnego/