FORMULARZ ZGODY

NA BADANIA I PROFILAKTYKĘ STOMATOLOGICZNĄ DZIECKA W DENTOBUSIE, ZAPARKOWANYM W BEZPOŚREDNIEJ BLISKOŚCI SZKOŁY PODSTAWOWEJ/PRZEDSZKOLA W RAMACH KONTRAKTU Z NFZ.

Imię i nazwisko dziecka .....

Imię i nazwisko rodzica .....

Pesel rodzica .....

Numer telefonu .....

Adres .....

PESEL | | | | | | | | | | | | (dziecko)

Wyrażam zgodę na wykonanie (zaznaczyć znakiem X w przypadku zgody oraz zostawić puste w przypadku sprzeciwu):

☐ 1. Badań stomatologicznych (przegląd z diagramem i planem leczenia)

☐ 2. Zabiegów profilaktycznych (usunięcie kamienia nazębnego, lakowanie, instruktaż higieny, fluoryzacja)

Wynik badania wraz z zaleceniami zostanie Państwu przekazany w formie pisemnej.

Klauzula informacyjna

Informujemy, że:

1. Dane osobowe przetwarzane są z mocy prawa i służą do realizacji procesu leczenia.
2. Administratorem danych wskazanych w zgodzie na przetwarzanie danych osobowych wyrażonej powyżej jest Ekodent Sp. z o.o. z siedzibą przy ul. Krypska 30 A, 04-082 Warszawa, adres e-mail: ekodent@rylski.pl
3. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych: Monika Kruczek-Kowalska, adres e-mail: iod@ekodent.pl
4. Celem zbierania danych jest wykonanie świadczeń zdrowotnych i poinformowanie o stanie zdrowia.
5. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania 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).
6. Podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do realizacji świadczeń zdrowotnych. W przypadku niepodania danych nie będzie możliwe wykonanie świadczeń.
7. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim, z wyjątkiem zlecania podmiotom zewnętrznym wykonania prac jakich wymaga proces leczenia. Odbiorcami danych będą tylko, poza podmiotami współpracującymi, instytucje upoważnione z mocy prawa.
8. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu.
9. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
10. Dane osobowe będą przechowywane przez okres 20 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym została wyrażona zgoda na przetwarzanie danych osobowych.

W przypadku niewyrażenia zgody na badanie dziecka, badanie nie będzie wykonane. 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.

Data i czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna .....

FORMULARZ ZGODY

NA BADANIA I PROFILAKTYKĘ STOMATOLOGICZNĄ DZIECKA W DENTOBUSIE, ZAPARKOWANYM W BEZPOŚREDNIEJ BLISKOŚCI SZKOŁY PODSTAWOWEJ/PRZEDSZKOLA W RAMACH KONTRAKTU Z NFZ.

Imię i nazwisko dziecka .....

Imię i nazwisko rodzica .....

Pesel rodzica .....

Numer telefonu .....

Adres .....

PESEL | | | | | | | | | | | | (dziecko)

Wyrażam zgodę na wykonanie (zaznaczyć znakiem X w przypadku zgody oraz zostawić puste w przypadku sprzeciwu):

☐ 1. Badań stomatologicznych (przegląd z diagramem i planem leczenia)

☐ 2. Zabiegów profilaktycznych (usunięcie kamienia nazębnego, lakowanie, instruktaż higieny, fluoryzacja)

Wynik badania wraz z zaleceniami zostanie Państwu przekazany w formie pisemnej.

Klauzula informacyjna

Informujemy, że:

1. Dane osobowe przetwarzane są z mocy prawa i służą do realizacji procesu leczenia.
2. Administratorem danych wskazanych w zgodzie na przetwarzanie danych osobowych wyrażonej powyżej jest Ekodent Sp. z o.o. z siedzibą przy ul. Krypska 30 A, 04-082 Warszawa, adres e-mail: ekodent@rylski.pl
3. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych: Monika Kruczek-Kowalska, adres e-mail: iod@ekodent.pl
4. Celem zbierania danych jest wykonanie świadczeń zdrowotnych i poinformowanie o stanie zdrowia.
5. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania 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).
6. Podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do realizacji świadczeń zdrowotnych. W przypadku niepodania danych nie będzie możliwe wykonanie świadczeń.
7. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim, z wyjątkiem zlecania podmiotom zewnętrznym wykonania prac jakich wymaga proces leczenia. Odbiorcami danych będą tylko, poza podmiotami współpracującymi, instytucje upoważnione z mocy prawa.
8. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu.
9. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
10. Dane osobowe będą przechowywane przez okres 20 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym została wyrażona zgoda na przetwarzanie danych osobowych.

W przypadku niewyrażenia zgody na badanie dziecka, badanie nie będzie wykonane. 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.

Data i czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna .....