Uprzejmie informujemy, że w Publicznej Szkole Podstawowej im. Papieża Jana Pawła II w Kruszewie powstał gabinet Stomatologiczny. W związku z tym istnieje możliwość darmowych wizyt u lekarza stomatologa dla dzieci i młodzieży w Ramach Kontraktu z NFZ zgodnie z wykazem świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego. Dzieci mogą odbyć: przegląd jamy ustnej, profilaktykę stomatologiczną (np. lakierowanie, lapisowanie, lakowanie) oraz leczenie stomatologiczne (np. opracowanie ubytku/wypełnienie ). Na ww. czynności rodzic musi wyrazić pisemną zgodę.

Jeżeli są Państwo zainteresowani na ww. czynności bardzo prosimy o dokładne wypełnienie formularza wraz z wywiadem lekarskim i przekazanie wychowawcy.

Zapisy na leczenie stomatologiczne pod numerem telefonu 501 784 820, 48/66 86 200, 500 314 927

**Uwaga!**

**Ważne informacje!**

1. Istnieje możliwość na wyrażenie zgody tylko na wybrane przez Państwa czynności.
2. Powyższa zgoda może być w każdej chwili przez Państwa odwołana w formie pisemnej.
3. W przypadku leczenia stomatologicznego dziecka konieczna jest obecność opiekuna prawnego dziecka w gabinecie stomatologicznym w Szkole Podstawowej im. Papieża Jana Pawła II w Kruszewie, Kruszew 57A, 05-652 Pniewy
4. Przegląd oraz profilaktyka stomatologiczna będzie odbywać się w trakcie zajęć lekcyjnych.

Wyrażam zgodę na (proszę zaznaczyć krzyżykiem wybrane zakresy):

Przegląd stomatologiczny ……………………………………………...…

(podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

Profilaktykę stomatologiczną …………………………………………….…..

(podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

Leczenie stomatologiczne ……………………………………………...…

(podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

Nie wyrażam zgody na ww. czynności stomatologiczne ………………………………………...………

(podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

mojego dziecka…………………………………………………………………………………………….

(imię i nazwisko dziecka)

PESEL data urodzenia……………………………………………

Adres zamieszkania ……………………………………………………………………………………….

Telefon kontaktowy do rodzica…………………………………………………………………………….

Zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U.   
z 2018 r. poz. 1000) oraz z Rozporządzeniem Europejskim i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. 2016.119.1) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tarczynie, z siedzibą przy ul. Warszawskiej 42, 05-555 Tarczyn.

W sprawach związanych z Pani/a danymi osobowymi prosimy kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych (IOD) pod adresem: jarosinski76@gmail.com lub telefonicznie pod nr tel.: +48 505 221 882

………………………………………………………

(Data i czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego)