

Zgoda na przegląd stomatologiczny dziecka

.....
imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

.....
.....
.....
Adres zamieszkania dziecka

.....
.....
.....
Pesel dziecka

W szkole/~~przedszkolu~~ odbędą się bezpłatne przeglądy jamy ustnej u dzieci kwalifikujące do bezpłatnego leczenia stomatologicznego. Przeglądy będą obejmowały: ocenę stanu uzębienia oraz wykrywanie nieprawidłowości wad zgryzu. Przeglądy będą wykonywane przez lekarza stomatologa oraz higienistkę stomatologiczną. Po przeglądzie otrzymają Państwo informację o kwalifikacji do bezpłatnego leczenia.

Wyrażam zgodę na bezpłatny przegląd jamy ustnej mojego dziecka

.....
data i czytelny podpis rodziców/prawnych opiekunów

KLAUZULA INFORMACYJNA DLA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

art.13 /Informacje podawane w przypadku zbierania danych osobowych od osoby, której dotyczą

art.14 / Informacje podawane w przypadku pozyskiwania danych osobowych w sposób inny niż od osoby, której dotyczą

Zgodnie z art.13 oraz art.14 ust.1 i 2 Rozporządzenia 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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE

Administratorem Pani/a danych osobowych jest NZOZ Centrum Stomatologii PERFEKT Urszula Szulińska, Robert Fidyk spółka jawna z siedzibą w Dąbrowie Górniczej 41-303 przy ul. Kasprzaka 4

Dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia bezpłatnego przeglądu jamy ustnej u dzieci, na podstawie Artykułu 9 ust. 2 lit. h Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE)2016/679 z dn. 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w zw. z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) w zw. z ustanowionymi przepisami przez właściwe organy krajowe

W sprawach związanych z Pani/Pana danymi proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych: kierując pismo na adres NZOZ Centrum Stomatologii PERFEKT Urszula Szulińska, Robert Fidyk spółka jawna z siedzibą w Dąbrowie Górniczej 41-303 przy ul. Kasprzaka 4

Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest obowiązkowe

5a Kategorie przetwarzanych danych osobowych:dane identyfikujące osobę fizyczną (imię, nazwisko, data urodzenia, imiona rodziców,nazwisko rodowe, nr PESEL) dane adresowe,dane kontaktowe, dane medyczne

Dane są udostępniane na wniosek osób, organów lub podmiotów wymienionych w zamkniętym katalogu określonym art. 26 Ustawy z dn. 6 list. 2008 r. o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz podmiotom przetwarzającym dane w imieniu NZOZ Centrum Stomatologii PERFEKT Urszula Szulińska, Robert Fidyk spółka na podstawie umowy.

Ma Pani/Pan prawo żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania.

Ma Pani/Pan prawo żądania usunięcia danych („prawo do bycia zapomnianym”). Jednakże ze względu na obowiązujące przepisy tj. Art. 29.1 Ustawy z dn. 6 list. 2008 r. o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta w czasie gdy Pani/Pana dane osobowe podlegają obowiązkowemu przechowywaniu określonym w art. 29 w/w Ustawy oraz w zakresie w jakim dane te będą niezbędne do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń, żądanie usunięcia danych nie może zostać zrealizowane (art.17 ust.3 lit.b) i e) RODO)

Ma Pani/Pan prawo do wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania.

Ma Pani/Pan prawo do przenoszenia danych, jednakże zgodnie z Art. 20 Ogólnego Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (EU) 2016/679 z dn. 27 Kwietnia 2016 r. o Ochronie Danych Osobowych prawo to nie może zostać zrealizowane.

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez czas określony w art. 29 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz przez czas niezbędny do ustalenia, dochodzenia, lub obrony roszczeń.

Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku uznania, iż przetwarzanie powierzonych danych osobowych narusza przepisy RODO 13.Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do Państwa trzeciego, organizacji międzynarodowej.

.....
data i czytelny podpis rodziców/prawnych opiekunów

Data

Oświadczenie-ankieta

Niżej podpisana/-y

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna

działając w małoletniego

.....

Imię i nazwisko dziecka

i swoim, oświadczam, że nie mogę wykluczyć, iż w ciągu ostatnich 14 dni:

- małoletni miał kontakt z osobą zainfekowaną wirusem COVID-19,
- małoletni miał kontakt z osobą mogącą być zainfekowaną wirusem COVID-19, na przykład powracającą z rejonów, w których wirus występuje lub z osobami mającymi kontakt z takimi osobami,
- w sklepach, aptekach, punktach usługowych, w których dokonywaliśmy zakupów nie było, w ciągu poprzednich 4 godzin, osób zainfekowanych wirusem COVID-19,
- żadna z osób, z jakimi się stykaliśmy nie miała kontaktu z osobami mogącymi być nosicielami, nawet bezobjawowymi wirusa COVID-19.

NZOO Centrum Stomatologii PERFECT Urszula Szulińska, Robert Fidyk spółka jawna z siedzibą w Dąbrowie Górniczej 41-303 przy ul. Kasprzaka 4

Szanowni Państwo, informujemy, iż wszelkie zabiegi stomatologiczne są obciążone zwiększoną emisją czynników potencjalnie chorobotwórczych. Zgodnie z rekomendacją GIS w trosce o bezpieczeństwo Państwa oraz personelu medycznego prosimy o odpowiedzi na poniższe pytania (**właściwie zakreślić**).

Czy w ciągu 2 tygodni przebywał Pan/Pani/dziecko/podopieczny za granicą? TAK/NIE

Czy ktoś z Państwa domowników w ciągu ostatnich 2 tygodni przebywał za granicą? TAK/NIE

Czy Pan/Pani/dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)? TAK/NIE

Czy obecnie występują u Pana/Pani/dziecka/podopiecznego objawy infekcji? (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)? TAK/NIE

Czy obecnie lub ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały w/w objawy u kogoś z domowników ? TAK/NIE

Personel medyczny wykona pomiar temperatury u Państwa dziecka/Podopiecznego, na co wyrażam zgodę.

.....

Data czytelny podpis rodzica/opiekuna