

Zgoda ucznia pełnoletniego \*  
na wykonywanie procedur medycznych w DENTOBUSIE ważna w roku szkolnym 2022/2023  
( na dzień złożenia zgody, ukończone 18 lat- nie skończone 19 lat)

Podstawa prawna:

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2021 poz. 1285) Ustawa z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz.U. 2019 poz. 1078)

Wyrażam zgodę na wykonanie:

IMIĘ I NAZWISKO pacjenta (proszę wpisać czytelnie, drukowane litery)	
PESEL (jedna cyfra w jednej kratce)	

następujących procedur związanych z opieką stomatologiczną

1. Badanie kontrolne i świadczenia profilaktyczne (w tym lakierowanie przeciwpróchnicowe)* wizyta w Dentobusie, który przyjedzie do placówki szkolnej. Po wykonaniu badania i świadczeń profilaktycznych, uczeń otrzymuje pisemną informację o stanie jamy ustnej	
---	--

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(czytelny podpis ucznia)

**Zgoda ważna jest na rok szkolny 2022/23 do jej pisemnego odwołania.**

**Odwołanie zgody proszę przestać @ na adres [dentobusopole@gmail.com](mailto:dentobusopole@gmail.com).**

**Wszystkie zabiegi realizowane w Dentobusie przez NZOZ PARTNER-DENTAL - wojewódzkiego operatora programu Ministerstwa Zdrowia, są bezpłatne i refundowane przez NFZ.**

**W razie jakichkolwiek pytań proszę o kontakt pod numerem telefonu 537 424 428 lub pod adresem e-mail: [dentobusopole@gmail.com](mailto:dentobusopole@gmail.com)**

**Uczeń pełnoletni leczący się w innym gabinecie stomatologicznym na NFZ, może bez problemu mieć udzielone ww. świadczenie w Dentobusie.**

Oświadczam, że:

1. Zostałem/am zapoznany/a z informacją, iż Administratorem danych osobowych jest NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PARTNER- DENTAL Marcin Marasek, ul. Jagiellońska 7a/9, 41-200 Sosnowiec, NIP: 6441514808, REGON: 273416105 oraz informacją, że dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu opieki stomatologicznej oraz prowadzenia dokumentacji medycznej w ramach NFZ.
2. Zgodnie z zgodzie z Rozporządzeniem 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, uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) oraz Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2019 poz. 1781) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych.
3. Zostałem/am poinformowany/a o prawie dostępu do treści danych, prawie ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawie do przenoszenia danych, prawie wniesienia sprzeciwu, prawie do cofnięcia zgody (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody) w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem (wszystkie wymienione prawa wymagają pisemnej formy).
4. W przypadku zmiany sytuacji faktycznej zobowiązuję się do niezwłocznego złożenia korekty niniejszego dokumentu.
5. Świadczenia udzielane w DENTOBUSIE przypisane są do Gabinetu Stomatologicznego w Głogówku ul. Dworcowa 23a (w Internetowym Konczie Pacjenta widnieją przypisane do ww. gabinetu - prosimy o niezgłaszanie do NFZ, że nie było się Pacjentem w Gabinetu w Głogówku - DENTOBUS z racji tego, że jest mobilny nie ma siedziby, musi być formalnie przy stacjonarnym gabinecie, w naszym przypadku jest to Głogówek ul. Dworcowa 23a).

**ZAŁĄCZNIK NR 2 DO POROZUMIENIA**