

Uprzejmie informujemy, że na podstawie porozumienia zawartego z Gminą Mszczonów, **gabinet stomatologiczny działający w Szkole Podstawowej w Tarczynie przy ul. Stępkowskiego 15, 05-555 Tarczyn**, świadczy opiekę stomatologiczną dla dzieci i młodzieży ze szkół prowadzonych przez Gminę Mszczonów. 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, lapolisowanie, lakowanie) oraz leczenie stomatologiczne (np. opracowanie ubytku/wypełnienie ). Na ww. czynności rodzic musi wyrazić pisemną zgodę.

**Jeżeli są Państwo zainteresowani, prosimy o dokładne wypełnienie formularza wraz z wywiadem lekarskim i przekazanie do gabinetu w dniu pierwszej wizyty u stomatologa.**

**Aby zapisać się na leczenie stomatologiczne należy dzwonić pod numer (22) 72-77-063 lub (22) 72-77-064 i łączyć się z poradnią stomatologiczną oraz prosić o zapis do dr Osieckiej lub dr Solich w szkole.**

### 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 konieczna jest obecność opiekuna prawnego dziecka w gabinecie stomatologicznym w Szkole Podstawowej w Tarczynie przy ul. Stępkowskiego 15, 05-555 Tarczyn
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)

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