NFZ DENTOBUS dolnośląski DirectMedic

OŚWIADCZENIE

Jako rodzic/opiekun prawny dziecka: ..... o numerze PESEL.....
(imię i nazwisko DZIECKA) *(PESEL DZIECKA)*

zamieszkałego.: ul..... w ..... kod pocztowy .....
(ulica, numer domu,numer mieszkania) *(miejscowość)*

wyrażam zgodę na **BEZPŁATNE** wykonanie u w/w dziecka stomatologicznych badań kontrolnych i usług profilaktycznych oraz okołoprofilaktycznych (*szczegółowy zakres poniżej) w Dentobusie lub szkolnym gabinecie zabiegowym.

W sprawie kontynuacji leczenia, świadczeniodawca może się ze mną skontaktować pod numerem tel.: .....
(opcjonalnie - nr telefonu rodzica)

- wyrażona zgoda nie jest zgodą na leczenie zasadnicze, a zwłaszcza inwazyjne/ekstrakcyjne
- wzięcie udziału w przeglądzie jest dobrowolne, bezpłatne i nie narzuca w żaden sposób kontynuacji, wyboru lekarza czy też metod i finansowania dalszego leczenia
- dbając o bezpieczeństwo, nasi Specjaliści wykonują przeglądy z zachowaniem procedur obejmujących: pracę w pełnych środkach ochrony osobistej, przy pracującej przepływowej lampie UVC, z zastosowaniem środków dezynfekcji powierzchniowej, dezynfekcji ust Pacjenta i zminimalizowanym czasem ekspozycji

*szczegółowy zakres możliwych świadczeń: badanie stomatologiczne kontrolne, profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 4 ,5 ,6,7,10,12,13,16 roku życia,fluoryzacja zębów stałych, profilaktyka fluorkowa, objawowe leczenie zmian na błonie śluzowej, leczenie próchnicy początkowej, remineralizacja wczesnych zmian próchnicowych, odwapnień, startych powierzchni zgryzowych, płukanie kieszonki dziąsłowej z aplikacją leku, usunięcie osadów nazębnych.

Wyrażam zgodę na realizację w/w świadczeń na mocy umowy między NFZ a DirectMedic jako operatorem Dentobusu dolnośląskiego. Oświadczam iż w/w świadczenia nie były realizowane w ramach usług NFZ w przeciągu ostatnich 6-ciu m-cy. Niniejszą zgodę można cofnąć w dowolnej chwili składając pisemne oświadczenie na adres mailowy: oswiadczenia@directmedic.pl.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez DirectMedic sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu (53-652), ul. Kruszwicka 24/52 podanych danych osobowych wyłącznie w celu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych i Rozp. PE i Rady UC 2016/679 (RODO). Podanie danych jest dobrowolne. Poinformowano mnie, że przysługuje mi prawo dostępu do swoich danych, możliwości ich poprawienia, żądania zaprzestania ich przetwarzania.

.....
data i podpis rodzica lub prawnego opiekuna dziecka

Postawa prawna: Ustawa o opiece zdrowotnej nad uczniami z dn 12.042019r. (DzU.2019 poz.1078), Ustawa o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dn . 6.11.2008r. (Dz.U,2009 nr 52 poz.417).

NFZ DENTOBUS dolnośląski DirectMedic

OŚWIADCZENIE

Jako rodzic/opiekun prawny dziecka: ..... o numerze PESEL.....
(imię i nazwisko DZIECKA) *(PESEL DZIECKA)*

zamieszkałego.: ul..... w ..... kod pocztowy .....
(ulica, numer domu,numer mieszkania) *(miejscowość)*

wyrażam zgodę na **BEZPŁATNE** wykonanie u w/w dziecka stomatologicznych badań kontrolnych i usług profilaktycznych oraz okołoprofilaktycznych (*szczegółowy zakres poniżej) w Dentobusie lub szkolnym gabinecie zabiegowym.

W sprawie kontynuacji leczenia, świadczeniodawca może się ze mną skontaktować pod numerem tel.: .....
(opcjonalnie - nr telefonu rodzica)

- wyrażona zgoda nie jest zgodą na leczenie zasadnicze, a zwłaszcza inwazyjne/ekstrakcyjne
- wzięcie udziału w przeglądzie jest dobrowolne, bezpłatne i nie narzuca w żaden sposób kontynuacji, wyboru lekarza czy też metod i finansowania dalszego leczenia
- dbając o bezpieczeństwo, nasi Specjaliści wykonują przeglądy z zachowaniem procedur obejmujących: pracę w pełnych środkach ochrony osobistej, przy pracującej przepływowej lampie UVC, z zastosowaniem środków dezynfekcji powierzchniowej, dezynfekcji ust Pacjenta i zminimalizowanym czasem ekspozycji

*szczegółowy zakres możliwych świadczeń: badanie stomatologiczne kontrolne, profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 4 ,5 ,6,7,10,12,13,16 roku życia,fluoryzacja zębów stałych, profilaktyka fluorkowa, objawowe leczenie zmian na błonie śluzowej, leczenie próchnicy początkowej, remineralizacja wczesnych zmian próchnicowych, odwapnień, startych powierzchni zgryzowych, płukanie kieszonki dziąsłowej z aplikacją leku, usunięcie osadów nazębnych.

Wyrażam zgodę na realizację w/w świadczeń na mocy umowy między NFZ a DirectMedic jako operatorem Dentobusu dolnośląskiego. Oświadczam iż w/w świadczenia nie były realizowane w ramach usług NFZ w przeciągu ostatnich 6-ciu m-cy. Niniejszą zgodę można cofnąć w dowolnej chwili składając pisemne oświadczenie na adres mailowy: oswiadczenia@directmedic.pl.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez DirectMedic sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu (53-652), ul. Kruszwicka 24/52 podanych danych osobowych wyłącznie w celu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych i Rozp. PE i Rady UC 2016/679 (RODO). Podanie danych jest dobrowolne. Poinformowano mnie, że przysługuje mi prawo dostępu do swoich danych, możliwości ich poprawienia, żądania zaprzestania ich przetwarzania.

.....
data i podpis rodzica lub prawnego opiekuna dziecka

Postawa prawna: Ustawa o opiece zdrowotnej nad uczniami z dn 12.042019r. (DzU.2019 poz.1078), Ustawa o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dn . 6.11.2008r. (Dz.U,2009 nr 52 poz.417).