*DANE PROSZĘ WPISYWAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI*

*…………………………………………………………………………………………………………Pesel………………………………………..* ***Nazwisko i imię Pacjenta***

*…………………………………………………………………………………......……………… Szkoła…………………...Klasa…………*

*Adres zamieszkania*

**ZGODA RODZICA/OPIEKUNA PACJENTA MAŁOLETNIEGO NA OBJĘCIE OPIEKĄ STOMATOLOGICZNĄ**

*Zgodnie z art. 15-19 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. (Dz.U. z 2009 r. Nr 52, poz.417 ze zm.), informuję, że:*

*wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na*

 *zabiegi profilaktyczne: lakowanie, lakierowanie zębów*

 *usuwanie kamienia nazębnego*

 *lapisowanie zębów (leczenie próchnicy zębów mlecznych)*

 *leczenie stomatologiczne*

 *usuwanie zębów (tylko za indywidualną zgodą)*

*świadczone w gabinecie dentystycznym w PSP nr 11 w Stalowej Woli, przy ul. Wojska Polskiego 9, bezpłatnie w ramach kontraktu z NFZ.*

*W przypadku nawet jednokrotnego wyrażenia zgody proszę o podanie informacji czy Pacjent był kiedykolwiek znieczulany tak nie i czy jest uczulony (na co)…………………………………………………....*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..........*

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, zwane *„RODO”*), informujemy, że administratorem danych osobowych jest podmiot leczniczy Maxdent Krzysztof Rębisz. Pełna treść Klauzuli informacyjnej jest dostępna w gabinecie stomatologicznym.

*Data czytelny podpis Rodzica/Opiekuna Tel.kontaktowy do konsultacji*

*\*proszę zaznaczyć znakiem X odpowiednią kratkę*