

**ZGODA PRZEKAZANIE NIEZBĘDNYCH INFORMACJI W ZWIĄZKU Z
PROFILAKTYCZNĄ OPIEKĄ STOMATOLOGICZNĄ**

Ja niżej podpisana/y na podstawie art. 7 ust. 2 ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami w zw. z art. 9 ust.1 ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami w związku z brakiem sprzeciwu objęcia mojego dziecka profilaktyczną opieką stomatologiczną **WYRAŻAM ZGODĘ** na przekazanie przez Szkołę /pielęgniarkę szkolną/higienistkę szkolną następujących danych mojego dziecka:

-imię i nazwisko

-PESEL

-data urodzenia

-adres zamieszkania

oraz adresu mojego zamieszkania i mojego imienia i nazwiska Podmiotowi Leczniczemu Bistom s.c.

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta nakłada obowiązek umieszczenia tych danych w dokumentacji medycznej a bez powyższych danych nie będzie mogło zostać przeprowadzone świadczenie profilaktyczne.

Szkoła.....

Klasa..... ROK SZKOLNY.....

.....
IMIĘ I NAZWISKO RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

.....
IMIĘ I NAZWISKO UCZNIA

.....
PODPIS RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO/ UCZNIA PEŁNOLETNIEGO

Wyrażam zgodę na przekazanie powyższych danych osobowych moich i mojego dziecka poprzez Szkołę , do której uczęszcza moje dziecko placówkom podmiotu Bistom - Bizoń Stomatologia z zastrzeżeniem, że dane te mogą być przetwarzane w podmiocie Bistom s.c.wyłącznie w związku z przeprowadzaniem profilaktyki stomatologicznej w Placówkach Zakładu Leczniczego Bizoń Stomatologia zgodnie z art.9 ust 2 lit h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych Parlamentu Europejskiego i Rady UE z dn. 27 Kwietnia 2016 oraz zgodnie z Ustawą o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta dnia 6 listopada 2008 r. (Szczegóły dostępne w Poradniach ZL Bizoń Stomatologia)