



CortenMedic

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że **wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*** na wykonanie mojemu dziecku..... 0

(imię i nazwisko DRUKOWANYMI)

numerze PESEL:.....

zamieszkałemu.....

..... profilaktyki stomatologicznej (przeгляд stomatologiczny, instruktaż higieny jamy ustnej, fluoryzacja, zabezpieczenie odwapnieni, usunięcia złogów nazębnych) przez personel medyczny Centrum Medycznego Corten Medic w placówce do tego przeznaczonej (tj. szkolnym gabinecie zabiegowym, stacjonarnej przychodni Corten Medic lub dentobusie) w roku szkolnym 2022/2023.

W sprawie ewentualnej kontynuacji leczenia, świadczeniodawca może się ze mną skontaktować pod numerem telefonu..... i adresem e- mail.....

(nr telefonu rodzica opiekuna prawnego)

(adres e-mail rodzica opiekuna prawnego)

Czy dziecko leczy się na cukrzycę TAK/NIE*

Moje dziecko jest uczulone na

Wszystkie zabiegi są wykonywane zgodnie z procedurami zapewniającymi bezpieczeństwo naszym Pacjentom.



Wyrażam zgodę na realizację w/w świadczeń w roku szkolnym 2022/2023 na mocy umowy pomiędzy Corten Medic a Narodowym Funduszem Zdrowia (ozn. bezpłatnie dla Pacjenta). **Oświadczam, że w/w świadczenia profilaktyczne nie były realizowane w ramach NFZ w przeciągu ostatnich 6 m-cy.** Wyrażoną zgodę można w dowolnym momencie cofnąć po złożeniu oświadczenia w formie pisemnej w dowolnej placówce Corten Medic lub za pośrednictwem poczty elektronicznej pomoc@cortenmedic.pl.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 (RODO) przez Spółki z Grupy Corten Medic, ul. Dunikowskiego 10, 02-784 Warszawa (<https://www.cortenmedic.pl/polityka-privatnosci/>), w celu udzielania przez ten podmiot świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia stomatologiczne. Podanie danych jest dobrowolne. Poinformowano mnie, że przysługuje mi prawo dostępu do swoich danych, możliwości ich poprawienia, żądania zaprzestania ich przetwarzania.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis rodzica/opiekuna)

Podstawa Prawna: Ustawa o opiece zdrowotnej nad uczniami z dnia 12.04.2019 r. (Dz.U.2019 poz.1078), Ustawa z dnia 6.11.2008 r. (Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417) o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.