



## 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)

Dodatkowo, (pozycje NIEOBOWIĄZKOWE, DOBROWOLNE i także BEZPŁATNE) wyrażam zgodę na:

- usunięcie złogów nazębnych miękkich i/lub twardych (kamień)
- lakowanie zębów stałych trzonowych (pierwszych do ukończenia 8-go roku życia, drugich do ukończenia 14-go roku życia)
- leczenie próchnicy średniej i głębokiej zębów mlecznych (z wypełnieniem materiałem glasonomerowym lub założeniem opatrunku)
- leczenie doraźne zębów mlecznych zgorzelinowych (ropnie, przetoki)
- usunięcie zęba/zębów mlecznych lub korzeni resztkowych (WYŁĄCZNIE w wypadku zębów rozchwianych, znacznie zniszczonych próchnicowo oraz nieprzydatnych w zgryzie, z zastosowaniem wyłącznie znieczulenia powierzchniowego - maść/spray z Lidokainą)

Zaznaczenie  lub  to wyrażenie zgody na dany zabieg. Brak zaznaczenia jest równoznaczny z brakiem Państwa zgody.

Wykonanie w/w jest zależne od wyników przeglądu, oceny lekarza, współpracy Pacjenta, zasobów materiałowych i czasowych oraz ilości Pacjentów w dniu przeglądów.

\*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 (w tym lakierowanie zębów), 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.

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. (Dz.U.2019 poz.1078), Ustawa o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dn . 6.11.2008r. (Dz.U,2009 nr 52 poz.417).



## 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)

Dodatkowo, (pozycje NIEOBOWIĄZKOWE, DOBROWOLNE i także BEZPŁATNE) wyrażam zgodę na:

- usunięcie złogów nazębnych miękkich i/lub twardych (kamień)
- lakowanie zębów stałych trzonowych (pierwszych do ukończenia 8-go roku życia, drugich do ukończenia 14-go roku życia)
- leczenie próchnicy średniej i głębokiej zębów mlecznych (z wypełnieniem materiałem glasonomerowym lub założeniem opatrunku)
- leczenie doraźne zębów mlecznych zgorzelinowych (ropnie, przetoki)
- usunięcie zęba/zębów mlecznych lub korzeni resztkowych (WYŁĄCZNIE w wypadku zębów rozchwianych, znacznie zniszczonych próchnicowo oraz nieprzydatnych w zgryzie, z zastosowaniem wyłącznie znieczulenia powierzchniowego - maść/spray z Lidokainą)

Zaznaczenie  lub  to wyrażenie zgody na dany zabieg. Brak zaznaczenia jest równoznaczny z brakiem Państwa zgody.

Wykonanie w/w jest zależne od wyników przeglądu, oceny lekarza, współpracy Pacjenta, zasobów materiałowych i czasowych oraz ilości Pacjentów w dniu przeglądów.

\*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 (w tym lakierowanie zębów), 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.

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. (Dz.U.2019 poz.1078), Ustawa o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dn . 6.11.2008r. (Dz.U,2009 nr 52 poz.417).