

Oświadczenie rodzica/przedstawiciela ustawowego

Prosimy o wypełnienie DRUKOWANYMI literami

Ja,
(Imię i nazwisko rodzica/przedstawiciela ustawowego)

PESEL (Rodzica/przedstawiciela ustawowego)

lub seria i numer dowodu osobistego

zamieszkały

.....
(Adres: kod pocztowy, miasto, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Oświadczam,
że jestem rodzicem/przedstawicielem ustawowym

.....
(Imię i nazwisko dziecka) (PESEL dziecka)

Nr tel. rodzica/przedstawiciela ustawowego:

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie stomatologicznych świadczeń profilaktycznych mojemu dziecku/osobie niepełnoletniej w mobilnym gabinecie stomatologicznym (Dentobusie) w dniu _____, bez obecności przedstawiciela ustawowego ww. Pacjenta małoletniego.

Profilaktyka stomatologiczna obejmuje:

- badanie przeglądowe jamy ustnej – oznaczenie wskaźnika intensywności próchnicy, ocena poziomu higieny jamy ustnej, ocena stanu przyzębia, ocena zgryzu;
- indywidualne porady w zakresie higieny jamy ustnej i zasad prawidłowego odżywiania;

Świadczenia profilaktyczne są finansowane ze środków publicznych w ramach kontraktu z NFZ.

Administratorem danych osobowych jest LUX MED Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (02-678) ul. Szturmowa 2. Dane przetwarzane są na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h RODO w związku z udzielanymi świadczeniami medycznymi dziecku. Informujemy o prawie dostępu do danych, ich usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia, sprzeciwu, sprostowania. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych oraz przysługujących uprawnień znajdują się na stronie internetowej LUX MED oraz w każdej placówce.

.....
(Data, miejscowość i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

.....
(Czytelny podpis Pacjenta w wieku od 16. do 18. r.ż.)