1. Ja niżej podpisana/-y .....,

działając w imieniu własnym (uczeń pełnoletni) lub w imieniu małoletniego (rodzic/opiekun prawny) .....

wyrażam zgodę na badanie stomatologiczne mojego dziecka.

2. W przypadku możliwości przeprowadzenia fluoryzacji:
Właściwe (tak lub nie) skreślić znakiem X:

Czy wyrażam zgodę na przeprowadzenie u mojego dziecka fluoryzacji?
□ **TAK** □ **NIE**

3. Jednocześnie oświadczam, że **nie mogę wykluczyć,** iż w ciągu ostatnich 14 dni:
- nie miałam/-em kontaktu z osobą zainfekowaną wirusem COVID-19,
- nie miałam/-em kontaktu z osobą mogącą być zainfekowaną wirusem COVID-19, na przykład powracającą z rejonów, w których wirus występuje lub z osobami mającymi kontakt z takimi osobami,
- w sklepach, aptekach, punktach usługowych, w których dokonywałam/-em zakupów nie było, w ciągu poprzednich 4 godzin, osób zainfekowanych wirusem COVID-19,
- żadna z osób, z jakimi się stykałam/-em nie miała kontaktu z osobami mogącymi być nosicielami, nawet bezobjawowymi wirusa COVID-19.

.....
Data oraz czytelny podpis ucznia lub opiekuna prawnego

**Oświadczenie pacjenta/opiekuna dotyczące ryzyka zakażenia patogenami przenoszonymi drogą kropelkową**

Podczas przebywania w dentobusie, pomimo zastosowania środków ochronnych, może dojść do zakażenia wirusem SARS-CoV-2 lub innym drobnoustrojem przenoszonym drogą kropelkową. Uczeń (i/lub jego prawny opiekun) rozumie oraz w pełni i akceptuje powyższe ryzyko zakażenia oraz ryzyko wszystkich powikłań COVID-19, a także możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby (w tym rodzinę ucznia).

Oświadczam, że jestem świadoma/świadomy opisanego powyżej ryzyka podczas tej oraz wszystkich kolejnych obecności w dentobusie, a podpis składam dobrowolnie.

| ..... | ..... | ..... |
|---|---|---|
| Data | Podpis ucznia/opiekuna | Podpis lekarza |

**Wywiad Epidemiczny**

**Dane osobowe ucznia:**
WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Imię i nazwisko ucznia

.....

.....
Adres (ulica, miejscowość) Numer telefonu

Kod pocztowy PESEL Klasa

Właściwe (tak lub nie) skreślić znakiem X:
Czy w ciągu 2 tygodni przebywał Pan/Pani/dziecko (uczeń)/podopieczny za granicą?
□ **TAK** □ **NIE**

Czy ktoś z Państwa domowników w ciągu ostatnich 2 tygodni przebywał za granicą?
□ **TAK** □ **NIE**

Czy Pan/Pani/dziecko (uczeń)/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?
□ **TAK** □ **NIE**

Czy obecnie występują u Pana/Pani/dziecka (ucznia)/podopiecznego objawy infekcji? (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?
□ **TAK** □ **NIE**

Czy obecnie lub ostatnich dwóch tygodniach występują lub występowały w/w objawy u kogoś z domowników ?
□ **TAK** □ **NIE**
Personel medyczny wykona pomiar temperatury u Państwa/Państwa dziecka (ucznia)/Podopiecznego

**W przypadku, gdy niniejsze oświadczenie zostanie wypełnione na więcej jak 14 dni przed planowanym terminem udzielenia świadczenia w dentobusie, a informacje poświadczone przeze mnie podpisem ulegną zmianie, niezwłocznie poinformuję o tych zmianach w formie pisemnej placówkę oświatową, do której uczęszcza dziecko/uczeń, którego oświadczenie dotyczy.**

.....
Data oraz czytelny podpis ucznia lub opiekuna prawnego

**Klauzula informacyjna**
Informujemy, że:
1. Administratorem danych wskazanych w zgodzie na przetwarzanie danych osobowych wyrażonej powyżej jest Stomatologia Piaseczno Sp. z o.o. s.k. z siedzibą przy ul. Nowej 6, w Starej Iwicznej 05-500, tel.: +48 733 686 310, dentobus.krakow@dentobus.com.pl.
2. Celem zbierania danych jest wykonanie świadczeń zdrowotnych i poinformowanie o stanie zdrowia.
3. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (*Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych*).
4. Podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do realizacji świadczeń zdrowotnych. W przypadku niepodania danych nie będzie możliwe wykonanie świadczeń.
5. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim. Odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy prawa.
6. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu.
7. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
8. Dane osobowe będą przechowywane przez okres 10lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym została wyrażona zgoda na przetwarzanie danych osobowych.
9. Kontakt z Inspektorem Danych Administratora: e-mail:iod@dentobus.com.pl

1. Ja niżej podpisana/-y .....,

działając w imieniu własnym (uczeń pełnoletni) lub w imieniu małoletniego (rodzic/opiekun

prawny) .....

wyrażam zgodę na badanie stomatologiczne mojego dziecka.

2. W przypadku możliwości przeprowadzenia fluoryzacji:
Właściwe (tak lub nie) skreślić znakiem X:

Czy wyrażam zgodę na przeprowadzenie u mojego dziecka fluoryzacji?
□ **TAK** □ **NIE**

3. Jednocześnie oświadczam, że **nie mogę wykluczyć,** iż w ciągu ostatnich 14 dni:
- nie miałam/-em kontaktu z osobą zainfekowaną wirusem COVID-19,
- nie miałam/-em kontaktu z osobą mogącą być zainfekowaną wirusem COVID-19, na przykład powracającą z rejonów, w których wirus występuje lub z osobami mającymi kontakt z takimi osobami,
- w sklepach, aptekach, punktach usługowych, w których dokonywałam/-em zakupów nie było, w ciągu poprzednich 4 godzin, osób zainfekowanych wirusem COVID-19,
- żadna z osób, z jakimi się stykałam/-em nie miała kontaktu z osobami mogącymi być nosicielami, nawet bezobjawowymi wirusa COVID-19.

.....
Data oraz czytelny podpis ucznia lub opiekuna prawnego

**Oświadczenie pacjenta/opiekuna dotyczące ryzyka zakażenia patogenami przenoszonymi drogą kropelkową**

Podczas przebywania w dentobusie, pomimo zastosowania środków ochronnych, może dojść do zakażenia wirusem SARS-CoV-2 lub innym drobnoustrojem przenoszonym drogą kropelkową. Uczeń (i/lub jego prawny opiekun) rozumie oraz w pełni i akceptuje powyższe ryzyko zakażenia oraz ryzyko wszystkich powikłań COVID-19, a także możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby (w tym rodzinę ucznia).

Oświadczam, że jestem świadoma/świadomy opisanego powyżej ryzyka podczas tej oraz wszystkich kolejnych obecności w dentobusie, a podpis składam dobrowolnie.

| ..... | ..... | ..... |
|---|---|---|
| Data | Podpis ucznia/opiekuna | Podpis lekarza |

**Wywiad Epidemiczny**

**Dane osobowe ucznia:**
**WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI**

Imię i nazwisko ucznia

.....

..... .....
Adres (ulica, miejscowość) Numer telefonu

Kod pocztowy PESEL Klasa

Właściwe (tak lub nie) skreślić znakiem X:
Czy w ciągu 2 tygodni przebywał Pan/Pani/dziecko (uczeń)/podopieczny za granicą?
□ **TAK** □ **NIE**

Czy ktoś z Państwa domowników w ciągu ostatnich 2 tygodni przebywał za granicą?
□ **TAK** □ **NIE**

Czy Pan/Pani/dziecko (uczeń)/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?
□ **TAK** □ **NIE**

Czy obecnie występują u Pana/Pani/dziecka (ucznia)/podopiecznego objawy infekcji? (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?
□ **TAK** □ **NIE**

Czy obecnie lub ostatnich dwóch tygodniach występują lub występowały w/w objawy u kogoś z domowników ?
□ **TAK** □ **NIE**
Personel medyczny wykona pomiar temperatury u Państwa/Państwa dziecka (ucznia)/Podopiecznego

**W przypadku, gdy niniejsze oświadczenie zostanie wypełnione na więcej jak 14 dni przed planowanym terminem udzielenia świadczenia w dentobusie, a informacje poświadczone przeze mnie podpisem ulegną zmianie, niezwłocznie poinformuję o tych zmianach w formie pisemnej placówkę oświatową, do której uczęszcza dziecko/uczeń, którego oświadczenie dotyczy.**

.....
Data oraz czytelny podpis ucznia lub opiekuna prawnego

**Klauzula informacyjna**
Informujemy, że:
1. Administratorem danych wskazanych w zgodzie na przetwarzanie danych osobowych wyrażonej powyżej jest Stomatologia Piaseczno Sp. z o.o. s.k. z siedzibą przy ul. Nowej 6, w Starej Iwicznej 05-500, tel.: +48 733 686 310, dentobus.krakow@dentobus.com.pl.
2. Celem zbierania danych jest wykonanie świadczeń zdrowotnych i poinformowanie o stanie zdrowia.
3. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (*Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych*).
4. Podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do realizacji świadczeń zdrowotnych. W przypadku niepodania danych nie będzie możliwe wykonanie świadczeń.
5. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim. Odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy prawa.
6. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu.
7. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
8. Dane osobowe będą przechowywane przez okres 10lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym została wyrażona zgoda na przetwarzanie danych osobowych.
9. Kontakt z Inspektorem Danych Administratora: e-mail:iod@dentobus.com.pl