**Załącznik nr 3**

**ZGODA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO**

**NA LECZENIE STOMATOLOGICZNE**

**W RAMACH POROZUMIENIA ZAWARTEGO POMIĘDZY GMINĄ GOMUNICE**

**I GABINETEM DENTYSTYCZNYM A.A. PALUCH (TEL. KONTAKTOWY 44 684 28 37)**

**DANE DZIECKA:**

Nazwisko:………………………………………………………………………………………………

Imię:……………………………………………………………………………………………………

Adres:………………………………………………………………………………………………….

Pesel:…………………………………………………………………………………………………..

**Wyrażam zgodę na leczenie stomatologiczne dziecka w gabinecie dentystycznym**

TAK \* NIE\* (\* odpowiednie zakreślić)

**Wyrażam zgodę na profilaktyczne świadczeniami stomatologiczne ( przeglądy, zabezpieczanie zębów fluorem…)**

TAK\* NIE\*  ( \*odpowiednie zakreślić)

W przypadku wyrażenia zgody na leczenie stomatologiczne dziecka uprzejmie proszę o przekazanie informacji o dziecku.

**Wywiad**:

**Choroby ogólne**\*: alergia, nadciśnienie, cukrzyca, układ krążenia, choroby nerek, choroby tarczycy, epilepsja, żółtaczka, przeszczep, zaburzenia krzepnięcia krwi.

( \*odpowiednie zakreślić)

Inne……………………………………………………………………………………………………….

Przyjmowane aktualnie leki ……………………………………………………………………………..

Uczulenia na leki i środki znieczulające………………………………………………………………

**UWAGA. Powyższa zgoda może być w każdej chwili wycofana**

**Klauzula informacyjna dotycząca pacjentów**

 **„***Grupowa Praktyka Lekarska*

*Arkadiusz i Agnieszka Paluch s.c.***”**

1. Drogi Pacjencie, Administratorem Twoich danych osobowych jest *Grupowa Praktyka Lekarska Arkadiusz i Agnieszka Paluch s.c.*, zwany dalej: **„Administratorem”.** Możesz skontaktować się z Administratorem pisząc na adres: 97-545 Gomunice ul. A. Krajowej 30 lub telefonując pod numer: 668 158 392. Możesz również skontaktować się z Administratorem za pośrednictwem powołanego przez niego inspektora ochrony danych, pisząc na adres: 97-545 Gomunice ul. A. Krajowej.

2. Twoje dane przetwarzane są w celu ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych, zarządzania udzielaniem tych usług oraz leczenia. Podstawą prawną przetwarzania pozyskanych danych jest Ustawa z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

3. Twoje dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w zakresie związanym z realizacją powyższych celów. Nie udostępniamy Twoich danych innym odbiorcom oprócz podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa.

4. Administrator nie zamierza przekazywać Twoich danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych.

5. Twoje dane będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne, tj. przez okres wyznaczony właściwym przepisem prawa: Ustawa z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

6. Masz prawo żądać od Administratora dostępu do swoich danych, ich sprostowania, zaktualizowania, jak również masz prawo do ograniczenia przetwarzania danych. Zasady udostępnienia dokumentacji medycznej zostały określone przez przepisy polskiego prawa.

7. W związku z przetwarzaniem Twoich danych osobowych przez Administratora przysługuje Ci prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

8. Przekazaniem nam Twoich danych osobowych jest wymogiem ustawowym, dotyczy każdego Pacjenta, wobec którego realizujemy cele opisane w punkcie 2.

9. W oparciu o Twoje dane osobowe Administrator *nie będzie* podejmował wobec Ciebie zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania\*.

\* Profilowanie oznacza dowolną formę zautomatyzowanego przetwarzania danych osobowych, które polega na wykorzystaniu danych osobowych do oceny niektórych czynników osobowych osoby fizycznej, w szczególności do analizy lub prognozy aspektów dotyczących pracy tej osoby fizycznej, jej sytuacji ekonomicznej, zdrowia, osobistych preferencji, zainteresowań, wiarygodności, zachowania, lokalizacji lub przemieszczania się.