

ZGODA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO

na objęcie ucznia szkoły

.....

(nazwa szkoły)

leczeniem stomatologicznym.

Wyrażam zgodę na badanie stomatologiczne oraz leczenie profilaktyczne (w tym fluoryzację) i zachowawcze uzębienia dziecka w Gabinetcie Stomatologicznym Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Pomiechówku przy ul. Słonecznej 51 (05-180) w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia.

DANE DZIECKA

Imię i nazwisko											
Adres zamieszkania											
PESEL											

DANE RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO

Imię i nazwisko											
Adres zamieszkania											
PESEL											
Telefon kontaktowy											

.....
(data) (czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

WYWIAD - INFORMACJE O DZIECKU

(w przypadku wystąpienia choroby, prosimy o wpisanie w nawiasie obok opisu choroby znaku „X”):

Choroby ogólne: Alergia (), Nadciśnienie (), Cukrzyca (), Układ krążenia (), Choroba nerek (), Choroby tarczycy (), Epilepsja (), Choroby zakaźne np. wirusowe zapalenie wątroby (), Przeszczep (), Zaburzenia krzepnięcia krwi ().

Inne, jakie?

Aktualnie przyjmowane leki:

Występowanie uczuleń na leki i środki znieczulające:

Zgoda może być odwołana w sposób pisemny przez rodzica lub opiekuna prawnego dziecka.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2014, poz. 1182 j.t z późn.zm.) w zakresie koniecznym do realizacji programu zdrowotnego.

.....
(data) (czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

I. Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych

mając na względzie uregulowania zawarte w art. 13 ust. 1 oraz 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanego dalej rozporządzeniem RODO **informujemy, że przetwarzamy dane osobowe w SPZOZ Pomiechówek**. Szczegóły w zakresie tego przetwarzania, zostają określone poniżej:

I. Administrator danych osobowych

Administratorem Danych Osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Pomiechówku z siedzibą przy ul. Słonecznej 51, 05-180 Pomiechówek, NIP 5311464980, REGON 016239770, zwanym dalej SPZOZ Pomiechówek.

II. Inspektor Ochrony Danych

powołany został Inspektor Ochrony Danych, z którym możecie Państwo skontaktować się w sprawach ochrony swoich danych osobowych i realizacji praw: e-mail.: iod@spzozpomiechówek.pl, lub listownie na adres pocztowy: Dane osobowe SPZOZ, ul. Słoneczna 51, 05-180 Pomiechówek

III. Cele i podstawy przetwarzania

dane osobowe są przetwarzane w celu wykonywania działalności leczniczej, w tym udzielania świadczeń zdrowotnych, prowadzenia dokumentacji medycznej lub wykonywania innych ciężących na administratorze obowiązków określonych w przepisach prawa. (art. 6 ust. 1 pkt d, art. 9 ust. 2 pkt c i h rozporządzenia RODO).

Dodatkowo przetwarzamy numery telefonów rodziców lub opiekunów prawnych, w celu poinformowania o stanie zdrowia ich dzieci. (art. 6 ust. 1 pkt f rozporządzenia RODO).

Dane osobowe przetwarzamy w celach archiwalnych (dowodowych) dla zabezpieczenia informacji na wypadek prawnej potrzeby wskazania faktów, ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony przed roszczeniami co jest naszym oraz Państwa prawnie uzasadnionym interesem (art. 6 ust. 1 pkt f rozporządzenia RODO).

IV. Odbiorcy danych

Państwa dane osobowe mogą być udostępniane następującym kategoriom podmiotów:

-Narodowemu Funduszowi Zdrowia oraz innym uprawnionym na mocy ustawy organom i instytucjom. Dane będą również udostępniane osobom i instytucjom upoważnionym przez Państwa do wglądu do dokumentacji medycznej.

V. Przekazywanie danych do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych

Dane osobowe udostępnione przez Państwa nie będą przekazywane poza teren Polski/UE/Europejskiego Obszaru Gospodarczego.

VI. Okres przechowywania danych

Dane osobowe Państwa dzieci będą przechowywane przez okres:

- 20 lat w przypadku dokumentacji medycznej (za wyjątkami określonymi w art. 29 ust. 1 pkt 1 ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz. U. z 2017, poz. 1318 t.j.),

- 5 lat w przypadku skierowań lub zleceń lekarskich, licząc od początku roku następującego po roku, w którym zostało udzielone świadczenie zdrowotne.

VII. Prawa

Przysługuje Państwu:

1. prawo **dostępu** do danych osobowych oraz otrzymania ich kopii,
2. prawo do **sprostowania** (poprawiania) danych osobowych,
3. prawo do **usunięcia** danych, jeżeli Państwa zdaniem nie ma podstaw do tego, aby Przychodnia je przetwarzała, z zastrzeżeniem, że prawo do bycia zapomnianym nie znajduje zastosowania wobec danych osobowych Pacjentów przetwarzanych na podstawie art. 9 ust. 2 lit h RODO, w tym w szczególności wobec danych przetwarzanych w ramach dokumentacji medycznej i innych przetwarzanych w oparciu o ww. przesłankę, w związku z powyższym żądanie ich usunięcia spotka się z odmową zrealizowania przez cały wymagany przepisami prawa okres archiwizacji dokumentacji medycznej,
4. prawo do **ograniczenia** przetwarzania danych osobowych, z wyłączeniem przetwarzania danych osobowych w ramach dokumentacji medycznej i innych przetwarzanych w oparciu o ww. przesłankę,

Przysługuje Państwu także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych lub innego organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy rozporządzenia RODO.

VIII. Informacja o wymogu dobrowolności podania danych

Podane przez Państwa danych osobowych jest wymogiem ustawowym w przypadku skorzystania z wykonania świadczeń medycznych, w związku z powyższym **w przypadku odmowy podania tych danych, konsekwencją będzie nieudzielenie świadczenia medycznego z wyjątkiem stanów nagłych, zagrożenia życia lub zdrowia**. Ponadto dane osobowe będą przekazywane na podstawie art. 68 ust. 1 pkt 11 Ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 996; zm.: Dz. U. z 2017 r. poz. 59 i poz. 2203 oraz z 2018 r. poz. 1000 i poz. 1290.) przez Dyrektora szkoły celem prawidłowej realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą. W pozostałych przypadkach podanie takich danych jak numer telefonu jest dobrowolne, jednak tracą Państwo możliwość osobistego poinformowania o stanie zdrowia dziecka przez pielęgniarkę szkolną, gdy zaistnieje taka potrzeba.

IX. Dane dotyczące profilowania danych

Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu przez SPZOZ Pomiechówek.

Zapoznałam/em się z treścią dokumentu

.....
(Miejscowość, data oraz czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)