

**Informacje dla rodziców/opiekunów prawnych
dotyczące zasad zapewnienia opieki stomatologicznej nad uczniami**

Zgodnie z treścią ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz.U. 2019 poz. 1078) organ prowadzący szkołę w przypadku braku znajdującego się na terenie szkoły gabinetu dentystycznego powinien zawrzeć porozumienie z gabinetem dentystycznym posiadającym kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia zlokalizowanym poza szkołą, lub z dentobusem.

Organ prowadzący szkołę zawarł Porozumienie

**z Centrum Medycznym Tommed Sp. z o.o. Ośrodek Diagnostyki Sp. k.
zlokalizowanym w Katowicach przy ul. Fredry 22, tel. 32 88 00 333.**

Opieka stomatologiczna obejmuje świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia w i wymaga zgody rodziców po uzyskaniu informacji, o której mowa w art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2022.1876 t.j.). Zgodę wyrażają rodzice przed udzieleniem świadczenia zdrowotnego. *Wzór zgody stanowi załącznik do niniejszej informacji.*

Świadczenia ogólnostomatologiczne oraz profilaktyczne udzielane w gabinecie podmiotu wykonującego działalność leczniczą są nieodpłatne dla objętych opieką dzieci i młodzieży, a finansowanie jest realizowane w ramach i na podstawie umowy numer: 121/200281/07/2023M o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia. Katalog świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego został określony w treści rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 06 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz.U.2021.2148 t.j.).

Podmiot wykonujący działalność leczniczą w ramach niniejszego *Porozumienia* zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zdrowotnych, zgodnie z potrzebami leczniczymi dziecka w gabinecie stomatologicznym zlokalizowanym w Katowicach przy ul. Fredry 22 w harmonogramie poradni.

Data,

**WYRAŻENIE ZGODY RODZICA/OPIEKUNA
NA OBJĘCIE DZIECKA OPIEKĄ STOMATOLOGICZNĄ**

DANE DZIECKA:

Nazwisko:

Imię:

Adres:

PESEL:

**WYRAŻAM ZGODĘ NA OBJĘCIE DZIECKA OPIEKĄ STOMATOLOGICZNĄ ORAZ
PROFILAKTYCZNĄ PRZEZ**

Centrum Medyczne Tommed Sp. z o.o. Ośrodek Diagnostyki Sp. k., 40-662 Katowice, ul. Fredry 22

TAK ()

NIE ()

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

Wywiad:

Choroby ogólne: Alergia (), Nadciśnienie (), Cukrzyca (), Układ krążenia (), Choroba nerek (),
Tarczycy (), Epilepsja (), Żółtaczką (), Przeszczep (), Zaburzenia krzepnięcia krwi (),

Inne:

.....

Przyjmowane aktualnie leki:

.....

Występowanie uczuleń na leki i środki znieczulające:

.....

.....

Podpis rodzica/opiekuna

Wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a, ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. – RODO, wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka, przez Ośrodek Diagnostyki i Leczenia Chorób Kobięcych oraz Schorzeń Sutka TOMMED-Bula Tomasz Sp. z o.o., ul. Fredry 22, 40-662 Katowice w celu udzielania przez ten podmiot świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne.