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 ( ), Żółtaczka ( ), 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 Kobiecych 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.