

ANEXA NR. 19

Informare asupra activității cabinetului medical stomatologic școlar

În unitatea de învățământ: _____ funcționează un cabinet stomatologic școlar cu personalul medical urmator: dr. _____ și asistent medical _____, încadrat de _____ din cadrul Primăriei _____. Activitatea cabinetului este asigurată conform actelor normative care reglementează asistența medicală din unitățile de învățământ.

Cabinetul stomatologic școlar asigură gratuit preșcolarilor/elevilor din unitate cât și din unitățile de învățământ arondate servicii medicale stomatologice preventive individuale și colective: activități de educație pentru igiena dentară, igiena alimentației sănătoase și pentru un stil de viață sănătos, consultații periodice individuale, examene de bilanț, conform legii. Aceste consultații/examene reglementate reprezintă acte medicale non-invasive în urma cărora părinții/reprezentanții legali primesc o informare referitoare la starea de sănătate orodentară a preșcolarului/elevului. Programarea consultațiilor periodice se face pentru fiecare grupă/clasă în colaborare cu cadrele didactice.

De asemenea, în acest cabinet se efectuează și următoarele acte terapeutice gratuite: tratamentul cariilor simple și complicate ale dinților temporari și permanenți, extracții, sigilări, fluorizări, igienizări profesionale și acordarea primului ajutor în caz de urgențe medicale în limita competenței. Programarea tratamentelor individuale se face la cererea pacienților majori, respectiv a părinților/reprezentanților legali în cazul pacienților minori, numai cu acordul informat completat și semnat.

Pentru a putea asigura o asistență medicală optimă, sunteți rugați să comunicați în scris pe prezentul formular toate afecțiunile de care suferă pacientul și tratamentele pe care le urmează.

Activitățile cabinetului stomatologic sunt strict confidențiale. Consultațiile se efectuează personal, doar în cabinetul stomatologic.

În situația în care prelucrarea datelor cu caracter personal în scopurile amintite vă afectează drepturile și interesele ori sunteți interesat de o informare mai amplă legată de aceasta, vă rugăm să vă adresați Responsabilului cu Protecția Datelor din cadrul _____, la adresa de e-mail _____, conform art. 38 alineat 4 din REGULAMENTUL nr. 679 din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date.

Subsemnata/ul _____, părinte/reprezentant legal al elevei/elevului _____, născut la data: _____, cu domiciliul stabil: _____, număr de telefon _____, înscris în grupa/clasa: _____, declar că am citit și am înțeles în totalitate această informare, prin urmare îmi exprim acordul cu privire la efectuarea acțiunilor cu caracter preventiv și profilactic în cabinetul stomatologic școlar și semnez din proprie voință.

Pacientul este în evidență cu următoarele boli cronice și alergii: _____

pentru care urmează un tratament cu: _____

DATA:

SEMNĂTURA: