Informare asupra activității cabinetului medical stomatologic școlar

Cabinetul nr.4 – Școala ”G.M. Cancicov”, Școala gimnazială ”Mihai Drăgan”, Școala gimnazială ”Mihail Sadoveanu” are sediul în Școala ”G.M. Cancicov” și are următorul personal medical: dr. Aura Mihalache, medic primar stomatolog și asistent medical Lili Cojocaru încadrat de Spitalul de Pneumoftiziologie din cadrul Primăriei Bacău. Activitatea cabinetului este asigurată conform actelor normative care reglementeză asistența medicală din unitățile de învățământ

Cabinetul stomatologic școlar asigură gratuit preșcolarilor / elevilor din unitate cât și unităților 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-invazive în urma cărora părinții / reprezentanții legali primesc o informare referitoare la starea de sănătate orodentală a preșcolarului / elevului. Programarea consultațiilor periodice se face pentru fiecare grupă / clasă în colaborare cu cadrele didactice.

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

Pentru a putea asigura o asistență optimă sunteți rugat 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 email _____ conform art.38, alin.4 din Regulamentul nr.679 din 27.04.2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date.

Subsemnatul _____, părinte / reprezentant legal al elevului / elevei _____, născut la data _____, cu domiciliul stabil: _____, nr. 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, profilactic și terapeutic în cabinetul stomatologic școlar și semnez din proprie voință.

Pacientul este în evidență cu următoarele boli cronice și alergii _____
_____
pentru care urmează tratament cu: _____

DATA: SEMNĂTURA: