

**FORMULARZ ZGODY
NA UDZIAŁ DZIECKA W BADANIU STOMATOLOGICZNYM
OKREŚLAJĄCYM INTENSYWNOŚĆ PRÓCHNICY WŚRÓD DZIECI GMINY RYBNO**

DANE DZIECKA:

| | |
|--------------------------------|--|
| Imię | |
| Nazwisko | |
| Data urodzenia | |
| Szkoła/Przedszkole (nazwa) | |

DANE RODZICA/ OPIEKUNA PRAWNEGO:

| | | | |
|-----------------|--------------|--|--|
| Imię | | | |
| Nazwisko | | | |
| Dane kontaktowe | ulica, numer | | |
| | kod pocztowy | | |
| | nr telefonu | | |

Badanie ma na celu uzyskanie danych o występowaniu próchnicy u dzieci zamieszkałych na terenie Gminy Rybno urodzonych w latach 2003 – 2012. Dane te zostaną wykorzystane do stworzenia programu zdrowotnego dla naszej gminy dotyczącego zapobiegania próchnicy w zakresie komplementarnym do interwencji krajowej. Dane te pozwolą ocenić skalę zagrożenia próchnicą oraz zostaną wykorzystane do stworzenia programu zdrowotnego. Program ten zostanie poddany ocenie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Pozytywna opinia tej instytucji jest niezbędna do występowania o dofinansowanie ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020 na działania w zakresie realizacji profilaktycznych usług zdrowotnych. Planowane działania: lakierowanie wszystkich zębów stałych i mlecznych dwa razy w roku (interwencja krajowa – lakierowanie zębów stałych jeden raz w roku), zabezpieczenie bruzd lakiem szczelinowym zębów czwartych, piątych , i siódmych. (interwencja krajowa - zabezpieczenie bruzd lakiem szczelinowym zębów szóstych do ukończenia 8. roku życia).

Ja niżej podpisany/a, oświadczam, że:

1. Dobrowolnie wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w badaniu stomatologicznym mającym na celu określenie wskaźnika intensywności próchnicy (PUW – suma zębów z próchnicą, usuniętych z powodu próchnicy, wypełnionych z powodu próchnicy). Badanie polega na przeglądzie jamy ustnej przez lekarza stomatologa.
2. Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody* na przeprowadzenie badanie określonego w pkt. 1 podczas wizyty mojego dziecka w gabinecie stomatologicznym w Samodzielnym Publicznym Gminnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Rybnie z grupą przedszkolną/ klasą szkolną bez obecności rodziców/ opiekunów prawnych.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby opracowania programu zdrowotnego zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2014. 1182 j.t. ze zm.) w zakresie koniecznym do opracowania programu zdrowotnego oraz złożenia wniosku o dofinansowanie ze środków UE. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o prawie dostępu do danych i prawie ich poprawiania.