



Wywiad Epidemiczny

Dane osobowe ucznia:

Ja niżej podpisana/-y
działając w imieniu własnym (uczeń pełnoletni) lub w imieniu małoletniego (rodzic/opiekun prawny) oświadczam, że nie
mogę wykluczyć, iż w ciągu ostatnich 14 dni nie:

- miałam/-em kontaktu z osobą zainfekowaną wirusem COVID-19,
- miałam/-em kontaktu z osobą mogącą być zainfekowaną wirusem COVID-19, na przykład powracającą z rejonów, w których wirus występuje lub z osobami mającymi kontakt z takimi osobami,
- w sklepach, aptekach, punktach usługowych, w których dokonywałam/-em zakupów nie było, w ciągu poprzednich 4 godzin, osób zainfekowanych wirusem COVID-19, żadna z osób, z jakimi się stykałam/-em nie miała kontaktu z osobami mogącymi być nosicielami, nawet bezobjawowymi wirusa COVID-19.

.....
Data oraz czytelny podpis ucznia lub opiekuna prawnego

Oświadczenie pacjenta/opiekuna dotyczące ryzyka zakażenia patogenami przenoszonymi drogą kropelkową

Podczas przebywania w dentobusie, pomimo zastosowania środków ochronnych, może dojść do zakażenia wirusem SARS-CoV-2 lub innym drobnoustrojem przenoszonym drogą kropelkową. Uczeń (i/lub jego prawny opiekun) rozumie oraz w pełni i akceptuje powyższe ryzyko zakażenia oraz ryzyko wszystkich powikłań COVID-19, a także możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby (w tym rodzina ucznia).

Oświadczam, że jestem świadoma/świadomy opisanego powyżej ryzyka podczas tej oraz wszystkich kolejnych obecności w dentobusie, a podpis składam dobrowolnie.

.....
Data: Podpis ucznia/opiekuna: Podpis lekarza:

WYPELNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI!

.....
Imię i nazwisko ucznia

Adres (ulica, miejscowość)

.....
Kod pocztowy

PESEL

Klasa

Właściwe (tak lub nie) skreślić znakiem X:

Czy w ciągu 2 tygodni przebywał Pan/Pani/dziecko (uczeń)/podopieczny za granicą?
 TAK NIE

Czy ktoś z Państwa domowników w ciągu ostatnich 2 tygodni przebywał za granicą?
 TAK NIE

Czy Pan/Pani/dziecko (uczeń)/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwaratanna)?
 TAK NIE

Czy obecnie występują u Pana/Pani/dziecka (ucznia)/podopiecznego objawy infekcji? (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?
 TAK NIE

Czy obecnie lub ostatnich dwóch tygodniach występują lub występowały w/w objawy u kogoś z domowników?
 TAK NIE

Personel medyczny wykona pomiar temperatury u Państwa/Państwa dziecka (ucznia)/Podopiecznego

.....
Data oraz czytelny podpis ucznia lub opiekuna prawnego

Kluczka informacyjna

- Informujemy, że:
1. Administratorem danych wskazanych w zgodzie na przetwarzanie danych osobowych wyrażonej powyżej jest Ekodent Sp. z o.o. z siedzibą przy ul. Krypskiej 30a, w Warszawie 04-082, tel. +48 733 696 310, adres e-mail: dentobus.olisztyn@dentobus.com.pl.
 2. Celem zbierania danych jest wykonanie świadczeń zdrowotnych i porównywanie o stanie zdrowia.
 3. Przystępując Pan/Pani/Pan/Pani prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowanie, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych).
 4. Podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do realizacji świadczeń zdrowotnych. W przypadku niepodania danych nie będzie możliwe wykonanie świadczeń.
 5. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim. Odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy prawa.
 6. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu.
 7. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
 8. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres 10lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym została wyrażona zgoda na przetwarzanie danych osobowych.
 9. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Administratora: e-mail: iod@dentobus.com.pl