

ORDIN nr. 2.508/4.493/2023¹**INFORMARE ASUPRA ACTIVITĂȚII CABINETULUI MEDICAL STOMATOLOGIC ȘCOLAR ȘI ACORD
PENTRU PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL ȘI MEDICAL**

În unitatea de învățământ funcționează un cabinet stomatologic școlar cu personal medical (medic și asistent), încadrat de **Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale București (ASSMB)**.

Activitatea cabinetului este asigurată conform actelor normative care reglementează asistența medicală din unitățile de învățământ. Cabinetul stomatologic școlar asigură gratuit antepreșcolarilor, 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 bilanș, 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 asigura o asistență medicală adecvată, vă rugăm să comunicați în scris, prin completarea prezentului formular, toate afecțiunile medicale cunoscute ale copilului dumneavoastră, precum și tratamentele urmate în prezent.

Activitatea cabinetului stomatologic este desfășurată cu respectarea confidențialității actului medical. Consultațiile se efectuează exclusiv în cabinetul stomatologic, în prezența personalului medical autorizat.

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.

NUME și PRENUME:

SEMNĂTURA:

DATA:

Categorii de date prelucrate

Pentru a a putea oferi servicii medicale optime copilului dumneavoastră, vom colecta următoarele categorii de date personale:

- Informații de identificare (nume, prenume, CNP, date de contact);
- Date medicale relevante (antecedente medicale, tratamente urmate, alergii, afecțiuni cronice etc.).

Pentru o îngrijire corespunzătoare, vă rugăm să menționați dacă copilul dumneavoastră suferă de boli cronice (ex. diabet, hipertensiune, astm, boli cardiace, alte afecțiuni) și se află în tratament cu o medicație prescrisă de un medic curant.

Vă rugăm să ne comunicați:

- Dacă copilul dumneavoastră este în evidență cu boli cronice:
DA ☐ NU ☐

Dacă DA, precizați care:

- Dacă copilul dumneavoastră prezintă alergii:

¹ ORDIN nr. 2.508/4.493/2023

pentru aprobarea Metodologiei privind asigurarea asistenței medicale a antepreșcolarilor, preșcolarilor, elevilor din unitățile de învățământ preuniversitar și studenților din instituțiile de învățământ superior pentru menținerea stării de sănătate a colectivităților și pentru promovarea unui stil de viață sănătos Anexa nr. 19 la metodologie



DA ☐ NU ☐

Dacă DA, precizați la ce:

Dacă răspunsul dumneavoastră este DA la una dintre cele două întrebări de mai sus, vă rugăm să ne transmiteți documentele medicale care să ateste diagnosticul și recomandările specialistului la cabinetul stomatologic al unității de învățământ.

Îmi exprim consimțământul pentru:

- Participarea copilului la sesiuni de educație pentru sănătate, organizate de personalul medical școlar, pe teme adecvate vârstei (ex. igienă personală, nutriție, prevenirea bolilor).

DA ☐ NU ☐

Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale București, în scopul optimizării și digitalizării activității, utilizează în cadrul cabinetelor medicale din unitățile de învățământ, un program informatic de gestionare a fișelor medicale în vederea introducerii informațiilor medicale și a datelor aferente asigurării asistenței medicale oferite copilului dumneavoastră de către personalul medical (medici și asistenți). Prin completarea acestui formular vă exprimați acordul în vederea utilizării și prelucrării datelor cu caracter personal și medical de către personalul medical din cadrul cabinetului de medicină școlară din unitatea de învățământ, pentru completarea bazei de date.

Menționăm că datele completate nu vor fi distribuite terților. Utilizarea datelor cu caracter personal și medical în alte scopuri decât cele descrise mai sus sau transmiterea acestora către terți, se va face numai cu acordul dumneavoastră expres, în formă scrisă.

În situația în care prelucrarea de date 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 cu caracter personal din cadrul Administrației Spitalelor și Serviciilor Medicale București, la adresa de e-mail: dataprotection@assmb.ro, tel: 031.433.74.42, conform art. 38 alin. 4 din REGULAMENTUL nr. 679 din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date. ASSMB este operator de date cu caracter personal (denumită în continuare "Operatorul"), prin intermediul medicilor și asistenților medicali, din cadrul rețelei de cabinete de medicină generală și stomatologic din cadrul unităților de învățământ preuniversitar de stat. Stocăm datele personale strict pentru perioada îndeplinirii scopului pentru care acestea au fost colectate, respectiv pe toată perioada studiilor elevului până la finalizarea acestora (inclusiv studii universitare).²

Vă rugăm să ne aduceți la cunoștință orice modificare a datelor transmise, astfel încât să ne putem îndeplini obligația de a stoca informațiile actualizate. De asemenea, informațiile pe care ni le veți transmite cu privire la starea de sănătate a copilului vor fi esențiale pentru un management medical adecvat în situațiile ulterioare.

Subsemnata/ul, părinte/reprezentant legal al copilului, elevei/elevului, născut la data, cu domiciliul stabil, număr de telefon, înscris în clasa, am fost informat în legătură cu activitatea cabinetului medical școlar, sunt de acord cu folosirea datelor cu caracter personal în scopuri medicale și statistice și îmi exprim acordul cu privire la efectuarea acțiunilor cu caracter profilactic în cabinetul medical școlar (examen periodic și de bilanț al stării de sănătate a copilului meu, acțiuni de educație pentru sănătate).

NUME ȘI PRENUME PĂRINTE

SEMNĂTURA

DATA

² Drepturi: Conform Regulamentului (UE) nr. 679/2016 beneficiați de: dreptul de acces la datele transmise, dreptul de a solicita rectificarea lor, dreptul la ștergerea acestora sau restricționarea prelucrării lor, dreptul la portabilitatea datelor copilului dumneavoastră, dreptul a fi notificat în cazul încălcării securității datelor, dreptul de a vă opune prelucrării, în condițiile legale aplicabile. De asemenea, dacă este cazul, puteți oricând să vă retrageți consimțământul privind prelucrarea datelor pentru cazurile în care v-ați exprimat consimțământul, iar potrivit legii, acesta era necesar în vederea prelucrării. Totodată aveți dreptul de a depune plângere la Autoritatea Națională de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal (A.N.S.P.D.C.P), precum și de a vă adresa instanțelor de judecată competente.