**Dane Ucznia**

1. Imię (imiona) i nazwisko dziecka (dalej zwanego Uczniem).................................................................

2. Adres zamieszkania Ucznia ...................................................................................................................

3. Pesel Ucznia...........................................................................................................................................

4. Imię (imiona) i nazwisko Rodzica\*....………………………………………………………………………………………………..

5. Adres zamieszkania Rodzica …………………………………………………………………………………………………………….

6. Dodatkowe forma kontaktu z Rodzicem (numer telefonu, adres e-mail) ………………………………………….

**Informacja
dotycząca zakresu profilaktycznych świadczeń stomatologicznych wykonywanych w ramach opieki stomatologicznej nad Uczniem oraz prawa do wyrażenia sprzeciwu**

1. W roku szkolnym 2019/2020 opiekę stomatologiczną nad uczniami na podstawie porozumienia zawartego z Miastem Gorlice sprawować będą lekarze dentyści, którzy wykonują zawód w Medicor spółce z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Gorlicach. Medicor spółka z ograniczoną odpowiedzialnością jest świadczeniodawcą, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
2. W ramach sprawowanej opieki stomatologicznej Uczniowi przysługuje prawo do skorzystania z profilaktycznych świadczeń stomatologicznych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w części dotyczącej wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego dla dzieci i młodzieży, z wyłączeniem świadczeń ortodoncji.
3. Świadczenia gwarantowane z zakresu z profilaktycznego świadczenia stomatologicznego dla dzieci w 7 roku życia obejmują:
	1. Ocenę stanu uzębienia za pomocą wskaźnika intensywności próchnicy puw\*\* dla zębów mlecznych i PUW\*\* dla zębów stałych.
	2. Oddzielne podanie poszczególnych składowych wskaźnika PUW\*\* dla zębów stałych i wskaźnika puw\*\* dla zębów mlecznych.
	3. Kwalifikację do szczególnej opieki stomatologicznej w zakresie podstawowego leczenia stomatologicznego lub specjalistycznego leczenia stomatologicznego.
	4. Wykrywanie nieprawidłowości (wad) zgryzu według wskaźnika IOTN:
		1. wyraźnego zniekształcenia lub
		2. wyraźnego ograniczenia funkcji żucia lub gryzienia oraz wyrzynania zębów.
	5. Profesjonalną profilaktykę fluorkową.

Dotyczy zębów mlecznych i stałych.

**Objaśnienie:** \*\* Wskaźnik intensywności próchnicy puw/PUW - suma zębów z próchnicą usuniętych z powodu próchnicy, wypełnionych z powodu próchnicy.

1. Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne będzie wykonywane przez lekarzy dentystów z poszanowaniem praw pacjenta, o których mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1127 z późn. zm.), w szczególności zachowania w tajemnicy informacji uzyskanych w związku udzielaniem tych świadczeń, w tym związanych ze stanem zdrowia uczniów, oraz poszanowania intymności i godności uczniów w czasie udzielania im świadczeń zdrowotnych.
2. Rodzic ma prawo wyrazić pisemny sprzeciw wobec sprawowania opieki stomatologicznej nad Uczniem w zakresie profilaktycznego świadczenia stomatologicznego dla dzieci w 7 roku życia.

Działając jako rodzic Ucznia oświadczam, że **wyrażam sprzeciw/nie wyrażam sprzeciwu\*\*\*** wobec sprawowania opieki stomatologicznej nad Uczniem w zakresie profilaktycznego świadczenia stomatologicznego dla dzieci w 7 roku życia.

 ....................................................... ..................................................................

 miejscowość i data podpis Rodzica

\* Przez **rodzica** rozumie się także prawnych opiekunów dziecka oraz osoby (podmioty) sprawujące pieczę zastępczą nad dzieckiem

 (definicja zgodna z art. 4 pkt 19 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (t.j. Dz.U. 2019 poz. 1148 z późn. zm.)

\*\*\* Zakreślić właściwe