**Informovaný súhlas rodiča / zákonného zástupcu dieťaťa**

Dolupodpísaný/á, zákonný/á zástupca/kyňa

**Meno a priezvisko dieťaťa:**

**Adresa:**

(ulica, číslo, mesto, PSČ)

**Dátum narodenia (miesto):**

**Kontakt rodiča/ zákonného zástupcu** :

(meno, priezvisko, telefón/ e-mail)

súhlasím s vyšetrením môjho dieťaťa **prístrojom Plusoptix.**

Svojim podpisom potvrdzujem, že som bol/a informovaný/á o tom, že meranie prístrojom Plusoptix má diagnosticko - informatívny charakter, a že nenahrádza odborné vyšetrenie u detského očného lekára.

Zároveň svojim podpisom potvrdzujem, že som sa oboznámil/a s priebehom merania a uvedomujem si, že toto meranie nemôže mať negatívne následky na zdravie môjho dieťaťa.

Súhlasím **s evidovaním a spracovaním osobných údajov môjho dieťaťa a mojich osobných údajov** v zmysle Zákona NR SR č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov.

Súhlasím **s evidovaním výsledkov merania môjho dieťaťa a so zaslaním správy – Potvrdení o skríningovom meraní zrakových parametrov**, resp. **odporúčania** pre návštevu detského očného lekára v zmysle   § 6 ods. 5 Zákona č. 122/2013 Z. z.  o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov.

Súhlasím so sprístupnením týchto údajov v nevyhnutnom a požadovanom rozsahu orgánom štátnej správy, pokiaľ účelom sprístupnenia týchto údajov je preukázanie poskytovania sociálnych služieb.

**Zákonný zástupca dieťaťa bol riadne poučený o dôsledkoch svojho súhlasu.**

|  |
| --- |
| **Nevypĺňať!!!**Nutné ďalšie vyšetrenie dieťaťa: **ÁNO / NIE** |

V ............................, dňa: ..............................

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

               podpis zákonného/ej zástupcu/kyne