

OŚWIADCZENIE I ZGODA OPIEKUNA PRAWNEGO DZIECKA

Ja niżej podpisany(a), nr PESEL

(imię i nazwisko)

(PESEL)

zamieszkały(a) , będąc przedstawicielem ustawowym pacjenta

....., nr PESEL dziecka

(imię i nazwisko dziecka)

(PESEL Dziecka)

Oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą. Wszystkie zmiany w sytuacji zdrowotnej zobowiązuje się zgłosić w czasie najbliższej wizyty po ich zaistnieniu.

Zgadzam się na badanie, zabiegi profilaktyczne oraz leczenie stomatologiczne u mojego dziecka.

Zgoda obejmuje wykonanie wszystkich zabiegów zaleconych i uzgodnionych z lekarzem prowadzącym lub lekarzami poradni.

Wyrażona zgoda obowiązuje do ukończenia nauki dziecka w szkole.

Brak zgody wymaga formy pisemnej.

Znane są mi prawa pacjenta wynikające z karty Praw Pacjenta, dostępne do wglądu w gabinecie

stomatologicznym DENTIX lub na stronie internetowej: nfz.gov.pl

Wypełniony i podpisany formularz należy oddać osobiście w gabinecie stomatologicznym Szkoły Metropolitalnej w Kowalach/ ZKiW w Kolbudach/ SP nr 6 w Rumi* lub przesłać skanem pod adres poczty elektronicznej: kontakt@dentix.net.pl

.....

(data i podpis opiekuna prawnego dziecka)

*niepotrzebne skreślić