

OŚWIADCZENIE I ZGODA OPIEKUNA PRAWNEGO DZIECKA

Ja niżej podpisany(a) tel.....
(imię i nazwisko)

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zamieszkały(a) będąc przedstawicielem ustawowym pacjenta.

PESEL dziecka

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....
(imię i nazwisko 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 lub przesłać skanem na emaila: kontakt@dentix.net.pl

.....
(data i podpis opiekuna prawnego dziecka)