

Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego stomatologicznego w obecności opiekuna faktycznego w gabinecie Awo-dent.

Imię i nazwisko małoletniego pacjenta :

PESEL :

Ja, niżej podpisana/ny OPIEKUN PRAWNY ww. dziecka

Imię i nazwisko opiekuna prawnego

PESEL :

Adres zamieszkania :

Nr telefonu kontaktowego :

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego polegającego na:

- badaniu : **tak/nie***
- udzieleniu porady lekarskiej : **tak/nie***
- leczeniu stomatologicznym zęba : **tak/nie***
- wykonaniu znieczulenia : **tak/nie***
- w razie konieczności o ekstrakcji zęba : **tak/nie***
- wykonaniu rtg zęba : **tak/nie***
- wydanie dokumentacji medycznej pacjenta : **tak/nie***
- na udzielenie w/w opiekunowi faktycznemu informacji o stanie zdrowia pacjenta małoletniego, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. **tak/nie***

*proszę zakreślić właściwe odpowiedzi

u mojego dziecka w obecności OPIEKUNA FAKTYCZNEGO:

Imię i nazwisko opiekuna faktycznego :

.....

PESEL/data urodzenia opiekuna faktycznego :

Nr i seria dowodu osobistego:.....

Stopień pokrewieństwa:

W przypadku zmiany decyzji poinformuję o tym fakcie pisemnie.

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis opiekuna prawnego