

ZGODA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO NA LECZENIE ZACHOWAWCZE
PACJENTA NIELETNIEGO

Zgodnie z art. 32 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2008 nr 136 poz. 857 z późniejszymi zmianami) oraz art. 16 -18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 r. Nr 52 poz. 417 z późn. zm.) ja:

.....
.....
(imię i nazwisko, adres zamieszkania, nr PESEL, nr i seria dowodu osobistego rodzica bądź opiekuna prawnego)

wyrażam zgodę na leczenie zachowawcze mojego dziecka:

.....
.....
(imię i nazwisko, adres zamieszkania, nr PESEL dziecka)

przez lek. dent.
w Prywatnej Przychodni Lekarskiej przy ul. Bryły 6 w Warszawie.

Oświadczam, że nie zataiłam żadnej informacji co do stanu zdrowia mojego dziecka. O wszelkich zmianach stanu zdrowia dziecka zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuje do wiadomości, że ww. są danymi poufnymi. Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej i fotograficznej.

data, podpis i pieczęć lekarza dentysty

czytelny podpis pacjenta (rodzica lub opiekuna)