

FORMULARZ ZGODY
przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego na udzielenie
świadczenia zdrowotnego pacjentowi w wieku od 16 do 18 roku życia bez
obecności opiekuna faktycznego.

Dane osobowe przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego:

Imię i nazwisko:		
Adres zamieszkania:		
Numer PESEL lub typ i numer dokumentu tożsamości:		
Stopień pokrewieństwa wyrażającego zgodę:		
Oświadczam, że jako przedstawiciel ustawowy/ opiekun prawny wyrażam zgodę na realizację świadczenia medycznego: *		
1. Konsultację lekarską, a także wydanie opinii i orzeczeń lekarskich	Tak	Nie
2. Pobranie materiału do badań np. krwi	Tak	Nie
3. Świadczeń w zakresie rehabilitacji		
a) Zabieg rehabilitacyjny jednorazowy w dniu		
b) Cykl ustalonych zabiegów rehabilitacyjnych: od..... do		
4. Konsultacji/usługi stomatologicznej:	Tak	Nie
a) Konsultację lekarską (badanie)	Tak	Nie
b) Leczenie stomatologiczne w zakresie	Tak	Nie
.....		
c) Wykonaniu znieczulenia miejscowego	Tak	Nie
d) Wykonanie badania radiologicznego (np. rtg, pantomogram)	Tak	Nie
e) Wykonanie czynności związanych z ortodoncją	Tak	Nie

W dniu.....

Mojemu dziecku/wychowankowi/podopiecznemu:

.....
 Imię i nazwisko małoletniego, data urodzenia/numer PESEL

Bez obecności przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego i opiekuna faktycznego.

.....
 Miejscowość, data, czytelny podpis składającego oświadczenie

.....
 Data i podpis osoby przyjmującej dokument

Dane osobowe będą przetwarzane przez Centrum Zdrowia „JOMADENT” Joanna Krukowska sp. z o.o. w celach związanych ze świadczeniem usług medycznych. Więcej informacji na temat przetwarzania danych osobowych przez Centrum Zdrowia JOMADENT Joanna Krukowska sp. z o.o. znajdują Państwo na stronie www.jomadent.pl

*oznaczyć właściwe poprzez jednoznaczne zakreślenie