

Zgoda przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego na udzielenie świadczenia stomatologicznego pacjentowi do 18 roku życia w obecności opiekuna faktycznego oraz na udzielenie opiekunowi faktycznemu informacji

Dane osobowe przedstawiciela ustawowego / opiekuna prawnego:

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

Nr PESEL / Data urodzenia

Stopień pokrewieństwa wyrażającego zgodę

Oświadczam, że jako przedstawiciel ustawowy / opiekun prawny wyrażam zgodę na realizację świadczenia medycznego w zakresie:

- stomatologii zachowawczej (zakładanie wypełnień) z endodoncją
- znieczuleń
- zabiegów profilaktycznych

na okres leczenia od do

(nie dłużej niż 3 miesiące)

Mojemu dziecku / wychowankowi / podopiecznemu:

Imię i nazwisko małoletniego:

Data urodzenia:

Numer PESEL:

W obecności opiekuna faktycznego (dane opiekuna)

Imię i nazwisko:

Numer PESEL* lub typ i numer dokumentu tożsamość*:
.....

Jednocześnie oświadczam, że został mi przedstawiony plan leczenia, otrzymałem/łam wyczerpujące informacje o rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych i leczniczych, spodziewanych wynikach leczenia, ryzyku i powikłaniach oraz przeciwwskazaniach.

Oświadczam, że:

Przyjmuję do wiadomości, że każde świadczenie medyczne pociąga za sobą ryzyko powikłań, które mogą wystąpić nawet przy zachowaniu najwyższych standardów w zakresie wiedzy i umiejętności,

W sytuacji wyjątkowej, gdy w trakcie wykonywania zabiegu lub stosowania innej metody leczniczej wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby mi niebezpieczeństwem utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, lekarz będzie uprawniony do zmiany zakresu udzielanego świadczenia zdrowotnego lub jego zaniechania.

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

.....
Data i podpis osoby przyjmującej dokument

- oznaczyć właściwe poprzez jednoznaczne zakreślenie