

Fundacja „PROMYK SŁOŃCA” prowadząca zakład leczniczy
Oddział Fundacji "Promyk Słońca" Centrum Diagnostyczno-Rehabilitacyjne
ul. Swobodna 8a, 50-088 Wrocław
Tel. 71 782 77 77 w.1, rejestracja@promykslonca.pl, www.promykslonca.pl
NIP 522-249-89-83, REGON 011500547-00037 Nr cz. I 000000001317, nr cz. V 01



Wrocław, dnia :

Zgoda rodzica / opiekuna prawnego na wykonanie świadczeń ogólnostomatologicznych

Oświadczam, że uzyskałem od lekarza dentysty, sprawującego opiekę stomatologiczną nad małoletnim pacjentem:

Imię i nazwisko pacjenta małoletniego:

PESEL: _____ Nazwa i nr szkoły:

przystępną informację o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu – w zakresie udzielanych przez tego lekarza świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez niego uprawnieniami, wobec czego zgodnie z art. 7 ust. 4 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na wykonanie świadczeń ogólnostomatologicznych dla wskazanego powyżej pacjenta.

Wrocław, dnia

.....
Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego

* *niepotrzebne skreślić*