**Zgoda na objęcie ucznia opieką stomatologiczną**

**zgodnie z ustawą z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami**

**(Dz. U. z 2019 r. poz. 1078)**

Ja, niżej podpisana (-y)

|  |
| --- |
|  |

(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego ucznia małoletniego)\*

sprawujący/a faktyczną opiekę nad

|  |
| --- |
|  |

(imię i nazwisko ucznia małoletniego i PESEL)\*

|  |
| --- |
|  |

**WYRAŻAM ZGODĘ na profilaktyczne świadczenia ogólnostomatologiczne\*\***

|  |
| --- |
|  |

**NIE WYRAŻAM ZGODY na profilaktyczne świadczenia ogólnostomatologiczne\*\***

Data Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

\*wypełnienie pól jest obowiązkowe

\*\* Właściwe zaznaczyć X

INFORMACJA DODATKOWA DOT. PRAW PACJENTA: Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego przedstawiciel ustawowy mają prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji 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 tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami. (Podstawa prawna: Art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2019 r. poz. 1127)).