

**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

** Właściwie 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)).