

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL lub nr dokumentu tożsamości

.....
Stosunek przedstawiciela ustawowego
do małoletniego (np. ojciec; matka)

....., data.....

Oświadczenie przedstawiciela ustawowego pacjenta do 18 roku życia

Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego stomatologicznego w obecności opiekuna faktycznego oraz na udzielenie opiekunowi faktycznemu informacji

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego polegającego na:

1) badaniu	TAK	NIE
2) udzieleniu porady lekarskiej	TAK	NIE
3) leczeniu stomatologicznym zęba	TAK	NIE
4) wykonaniu znieczulenia	TAK	NIE
5) wykonaniu rtg zęba	TAK	NIE
6) czynnościach technicznych w zakresie protetyki i ortodontcji	TAK	NIE

W dniu (data usługi medycznej) dla (imię i nazwisko małoletniego pacjenta; data urodzenia lub PESEL)

..... w obecności opiekuna faktycznego (imię
i nazwisko, data urodzenia lub PESEL):

Nr dokumentu tożsamości opiekuna.....

A także:

7) na udzielenie ww. opiekunowi faktycznemu informacji o stanie zdrowia pacjenta małoletniego, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

.....
(Miejscowość, data,
czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

.....
(Podpis osoby przyjmującej oświadczenie)