

.....  
Imię i nazwisko osoby uprawnionej do wyrażenia zgody

.....  
Pesel

.....  
nr dokumentu tożsamości

.....  
adres zamieszkania

imię i nazwisko pacjenta małoletniego, data urodzenia, PESEL

.....

**Oświadczenie przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego/ pacjenta małoletniego  
w przedmiocie zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

Niniejszym, jako przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielanie ..... (imię i nazwisko małoletniego) świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia stomatologicznego:

1. badanie i przegląd stomatologiczny, w tym wykonanie zdjęcia rentgenowskiego,
2. Leczenie zachowawcze
3. Ekstrakcja zębów
4. Leczenia zmian błony śluzowej
5. Fluoryzacja
6. Lakowanie zębów

Niniejszym, jako opiekun faktyczny małoletniego pacjenta, wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania i przeglądu stomatologicznego.

Zgoda niniejsza dotyczy udzielania wskazanych świadczeń zdrowotnych w każdym czasie, również pod nieobecność przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego.

Niniejsza zgoda zostaje wyrażona z pełną świadomością tego, czego dotyczy i tego jakie powikłania, mogą w wyniku udzielonych małoletniemu świadczeń zdrowotnych wystąpić. Oświadczam, że przed udzieleniem zgody miałem swobodę zadawania lekarzowi pytań dotyczących wskazanych powyżej świadczeń zdrowotnych, z czego skorzystałem, lekarz udzielił mi obszernych i wyczerpujących informacji, które są przeze mnie zrozumiałe. Zostałem poinformowany o dostępnych metodach wykonywania świadczeń zdrowotnych wskazanych wyżej, ryzyku z nimi związanym i powikłaniach, które mogą wystąpić w związku z ich udzieleniem, w tym o możliwości wystąpienia obrzęku, krwawienia, stanów zapalnych, utrudnionego gojenia się rany. Oświadczam, że lekarz wywiązał się z wszelkich obowiązków wynikających z przepisu art. 9 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o Prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz przepisu art. 31 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

.....  
Data udzielenia zgody

.....  
podpis lekarza przyjmującego zgodę

.....  
podpis osoby uprawnionej  
do wyrażenia zgody