

CENTRUM STOMATOLOGICZNE
TWÓJ UŚMIECH
Piotr Skrzyszewski
58-200 Dzierżoniów, ul. M. Kopernika 3A
NIP 882-100-66-92, Regon 890538010

**ZGODA RODZICÓW LUB OPIEKUNÓW PRAWNYCH DO PRZEPROWADZENIA BADAŃ U PACJENTA MAŁOLETNIEGO
W WIEKU OD 16 DO 18 LAT**

**Zgoda na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia medycznego bez obecności przedstawiciela
ustawowego lub opiekuna faktycznego pacjenta w wieku od 16 do 18 lat.**

Ja, niżej podpisana/y,

posługujący/a się numerem PESEL:

zamieszkały/a w przy ul.....

.....,

przedstawiciel ustawowy małoletniego oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie
innego świadczenia zdrowotnego w CENTRUM STOMATOLOGICZNYM TWÓJ UŚMIECH pacjentowi małoletniemu:

(imię i nazwisko)

.....

nr PESEL lub data urodzenia

..... bez obecności
przedstawiciela ustawowego (rodzic, opiekun prawny).

Zgoda dotyczy:

- przeprowadzenie konsultacji lekarskiej w dniu
- przeprowadzenie badań diagnostycznych w dniu.....
- inne.....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego:

- Pacjenci, którzy nie ukończyli 18 roku życia, mogą skorzystać z badań lub innych świadczeń medycznych oferowanych przez CENTRUM STOMATOLOGICZNE TWÓJ UŚMIECH wyłącznie w obecności albo za zgodą przedstawiciela ustawowego (rodzica, opiekuna prawnego).
- W trakcie badań lub innych świadczeń medycznych oferowanych przez CENTRUM STOMATOLOGICZNE TWÓJ UŚMIECH dopuszcza się obecność opiekuna faktycznego osoby niepełnoletniej, po uprzednim uzyskaniu i okazaniu pisemnej zgody przedstawiciela ustawowego (rodzica, opiekuna prawnego).
- Pacjenci w wieku od 16 do 18 lat mogą skorzystać z badań lub innych świadczeń medycznych oferowanych przez CENTRUM STOMATOLOGICZNE TWÓJ UŚMIECH bez obecności przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego po uzyskaniu i okazaniu pisemnej zgody przedstawiciela ustawowego (rodzica, opiekuna prawnego).