

ZGODA NA SAMODZIELNE WIZYTY PACJENTA

Ja

Imię i nazwisko:

PESEL:

Legitymujący/a się dokumentem :

seria: nr:

(dane przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego)

oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym – rodzicem/opiekunem prawnym pacjenta:

Imię i nazwisko:

PESEL:

(dane pacjenta niepełnoletniego)

Wyrażam zgodę na:

- na wizytę jednorazową w dniu:

Planowany zakres leczenia:

- udzielanie świadczeń medycznych w zakresie kontroli ortodontycznych bez mojej obecności

Uwagi:

Wyrażając zgodę na samodzielną wizytę pacjenta niepełnoletniego, rodzic lub opiekun prawny wyraża zgodę na wykonanie zdjęć RTG (RVG punktowe, pantomogram, cefalometria lub tomografia CBCT) oraz na podanie znieczulenia miejscowego zgodnie z zaleceniami lekarza wykonującego zabieg

Jednocześnie zobowiązuję się:

- do pokrycia wszystkich kosztów związanych z przeprowadzeniem badania lekarskiego lub udzieleniem wskazanego świadczenia medycznego
- osobistego kontrolowania przebiegu wizyt (bezpośrednio na recepcji kliniki lub poprzez kontakt mailowy na adres: gabinet@ezdent.pl), planowania kolejnych wizyt, kontaktu w celu otrzymania informacji o przebiegu leczenia
- wszystkie zmiany w sytuacji zdrowotnej pacjenta zobowiązuje się zgłosić niezwłocznie po ich zaistnieniu

.....

Data, podpis rodzica/ opiekuna prawnego