

ZGODA NA SAMODZIELNE WIZYTY PACJENTA

Ja

(imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego)

nr PESEL:..... legitymujący/a się:
..... seria: nr:,

(nazwa dokumentu tożsamości)

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

.....

(imię i nazwisko pacjenta niepełnoletniego)

nr PESEL:

Wyrażam zgodę na:

na wizytę jednorazową w dniu:

Planowany zakres leczenia.....

udzielanie świadczeń medycznych w zakresie kontroli ortodontycznych bez mojej obecności do odwołania

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: kontakt@ortoclinica.com.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