ORTOCLINICA
ortodoncja stomatologia

ORTOCLINICA
ORTODONCJA I STOMATOLOGIA
MONIKA MATEJCZYK
Kod Res.: 000000211924/01-001
Poradnia Stomatologiczna
ul. Sokoła 27, 32-500 Chrzanów

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