ZGODA NA LECZENIE STOMATOLOGICZNE

Imię i nazwisko pacjenta ……...

nr PESEL

Adres zamieszkania ….....

Wyrażam zgodę na niżej wymienione badania w gabinecie stomatologicznym mojego

dziecka …..... ucznia klasy.....

* *Profilaktyczne badania stomatologiczne (przegląd zębów)*

**** Lakierowanie i Lakowanie zębów stałych i mlecznych.***

**** Leczenie próchnicy zębów mlecznych i stałych (materiały światłoutwardzalne)***

**** Usuwanie zębów mlecznych.***

*** w przypadku braku zgody na niektóre powyżej wypisane badania prosimy o ich wykreślenie**

……..…….. …....…….....

Data, Pieczątka szkolnego gabinetu stomatologicznego Czytelny podpis (Rodzica lub opiekuna)

* Zgodnie z art. 32 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2008 nr 136 poz. 857 z późniejszymi zmianami) oraz art. 16 -18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 r. Nr 52 poz. 417 z późn. zm.) wyrażam zgodę na wykonanie wyżej wskazanych zabiegów.

* Zgadzam się na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z zasadami określonymi w RODO.
* Dane wyłącznie na potrzeby dokumentacji medycznej ,objęte tajemnicą zawodową i ustawą o ochronie danych osobowych.