OŚWIADCZENIE PACJENTA (OPIEKUNA PRAWNEGO*)

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą. Wszystkie zmiany w sytuacji zdrowotnej zobowiązuję się zgłosić w czasie najbliższej wizyty po ich zaistnieniu.

Ja, ... Nr PESEL: | | | | | | | | | | |
Imię, nazwisko

zamieszkały/a: ....., oświadczam, że **upoważniam*)** Pana/-ią ....., / **nie upoważniam nikogo)data urodzenia.....** do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia (podopiecznego*) przechowywanej w gabinecie stomatologicznym oraz odbioru informacji medycznej dokonanej po zabiegu w ramach higieny stomatologicznej szkolnej.

Znam przysługujące mi prawa pacjenta wynikające z Karty Praw Pacjenta i wyrażam zgodę na leczenie w tutejszej poradni. Zgoda obejmuje wykonanie wszystkich zabiegów zaleconych i uzgodnionych z lekarzem prowadzącym lub innymi lekarzami poradni.

....
data *podpis pacjenta (opiekuna prawnego*)*

Karta Praw Pacjenta dostępna do wglądu w gabinecie.