|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | **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. |