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