

Formularz zgody na opiekę stomatologiczną

dziecka w gabinecie stomatologicznym Samodzielnego Publicznego Zespołu Lecznictwa Otwartego w Wieliczce, w ramach kontraktu z NFZ, na podstawie art.7 ust.4 ustawy z 12 kwietnia 2019r o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz.U z 2019r poz. 1078)

1/W Wieliczce ul. Szpunara 20 *)

2/W Chorągwicy

3/W Ośrodku Zdrowia W Węgrzcach Wielkich

*) odpowiednie podkreślić

.....
Imię i nazwisko dziecka

.....
Pesel

.....
Nazwa szkoły

Wyrażam zgodę na opiekę stomatologiczną dla mojego dziecka w zakresie o którym mowa w art.9 ust.1pkt.1 ustawy :

- 1) *świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia,*
- 2) *profilaktyczne świadczenia stomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia*
– *określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w części dotyczącej wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego dla dzieci i młodzieży, z wyłączeniem świadczeń ortodoncji;*

.....
Czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna

.....
Numer telefonu

.....
Adres email

Zgoda może być odwołana w sposób pisemny przez rodzica lub prawnego opiekuna dziecka.

Art.9.2. ustawy z dnia 6 listopada 2008r o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego przedstawiciel ustawowy mają prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami