…………………………………………………… …………………………………..

(Imię i nazwisko pełnoletniego ucznia bądź opiekunów prawnych) (Miejscowość, data)

……………………………………………………

……………………………………………………

(adres zamieszkania)

**BI-DENTAL SC**

**ul. Strażacka 1**

**44-341 Gołkowice**

**Zgoda na objęcie ucznia opieką stomatologiczną**

Ja/My, niżej podpisana/y/ni……………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko pełnoletniego ucznia albo opiekuna prawnego/opiekunów prawnych małoletniego ucznia)

na podstawie art. 7 ust. 4 ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami w zw. z art. 9 ust. 1 ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami **wyrażam zgodę na** objęcie pozostającej/ego pod moją/naszą opieką ….……………………………………………………………………………………….……………………

(imię i nazwisko małoletniego ucznia i nr PESEL)

* świadczeniami ogólnostomatologicznymi dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia;
* profilaktycznymi świadczeniami stomatologicznymi dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia.

………………………….…………………………………………..

(imię i nazwisko opiekuna prawnego/opiekunów prawnych bądź pełnoletniego ucznia)

**INFORMACJA: Art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzecznika Praw Pacjenta**

2. 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.

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w podanym wyżej zakresie przez BI-DENTAL ul. 1 Maja 18 w Godowie wyłącznie w celu prowadzenia dokumentacji medycznej w ramach NFZ w zakresie opieki stomatologicznej. Informujemy, że Państwa zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie przez wysłanie wiadomości na adres mailowy e-mail: bidental@wp.pl.

……………………….………………….……………

Data i podpis osoby wyrażającej zgodę