

## ZGODA NA SAMODZIELNE WIZYTY PACJENTA MAŁOLETNIEGO

Ja \_\_\_\_\_

Imię/Imiona i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego/kuratora

PESEL: \_\_\_\_\_

oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym – rodzicem/opiekunem/kuratorem pacjenta:

\_\_\_\_\_

Imię/Imiona i nazwisko pacjenta małoletniego

PESEL: \_\_\_\_\_

Wyrażam zgodę na:

☐ wizytę jednorazową w dniu: \_\_\_\_\_

Planowany zakres leczenia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

☐ udzielanie świadczeń medycznych w zakresie \_\_\_\_\_

bez mojej obecności do odwołania

Wyrażając zgodę na samodzielną/e wizytę/y pacjenta niepełnoletniego, rodzic lub opiekun prawny wyraża zgodę na wykonanie zdjęć RTG (RVG punktowe, pantomogram, cefalometria lub tomografia CBCT) oraz na podanie znieczulenia miejscowego zgodnie z zaleceniami lekarza wykonującego zabieg.

Jednocześnie zobowiązuję się:

- do pokrycia wszystkich kosztów związanych z przeprowadzeniem badania lekarskiego lub udzieleniem wskazanego świadczenia medycznego
- osobistego kontrolowania przebiegu wizyt, planowania kolejnych wizyt, kontaktu w celu otrzymania informacji o przebiegu leczenia (bezpośrednio w recepcji gabinetu lub poprzez kontakt mailowy na adres: [biuro@gordent.pl](mailto:biuro@gordent.pl))
- wszystkie zmiany w sytuacji zdrowotnej pacjenta zobowiązuje się zgłosić niezwłocznie po ich zaistnieniu

\_\_\_\_\_  
Data, czytelny podpis rodzica/opiekuna/kuratora