



Zgoda na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia medycznego bez obecności rodzica/opiekuna prawnego bądź faktycznego pacjenta małoletniego

S1/ F09

Wydanie: 1

Strona 1/1

Ja, niżej podpisany (a)
(imię i nazwisko)

zamieszkały (a) w ul.

nr telefonu kontaktowego

występujący jako rodzic/opiekun prawny bądź faktyczny * małoletniego

.....PESEL
(imię i nazwisko)

oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielenie świadczeń zdrowotnych przez Zespół Lecznictwa Otwartego Sp. z o.o. bez obecności rodzica/opiekuna prawnego bądź faktycznego w/w pacjenta małoletniego.

Zgoda obejmuje badanie lekarskie stomatologiczne, w tym instruktaż jamy ustnej lub badanie kontrolne .

Równocześnie oświadczam, że jestem w pełni świadomy (a) że :

- obowiązek zapewnienia nadzoru oraz bezpieczeństwa w trakcie badania małoletniego spoczywa na Zespole Lecznictwa Otwartego Sp. z o.o. wyłącznie w czasie udzielenia świadczeń.

Niniejsza zgoda jest ważna aż do jej pisemnego odwołania.

Oświadczam , że pacjent małoletni nie jest */jest * uczulony na

.....

Upoważniam*/ nie upoważniam* nauczyciela Szkoły do odbioru
(nazwa szkoły)

dokumentacji medycznej dotyczącej w/w świadczenia .

Administratorem Danych Osobowych jest Zespół Lecznictwa Otwartego Sp. z o.o., ul. Grunwaldzka 235, 43-600 Jaworzno. Dane przetwarzane są w celu prowadzenia korespondencji i realizacji zadań z niej wynikających. Podstawą przetwarzania danych jest art. 6 RODO tzn. prawnie uzasadniony interes administratora. Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych i do ich poprawiania. We wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych mailowo: daneosobowe@zlo.jaw.pl, pod nr telefonu 517 091 075 lub w siedzibie Spółki

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego bądź faktycznego

* niepotrzebne skreślić

