

.....
(Imiona i nazwiska opiekunów prawnych)

.....
(Miejscowość i data)

.....
.....
(adres zamieszkania)

KOLAR-DENTAL S.C. IZABELA KOLARCZYK
ARKADIUSZ KOLARCZYK

Zgoda na objęcie ucznia opieką stomatologiczną

My, niżej podpisana/y/ni.....

(imiona i nazwiska opiekunów prawnych małoletniego ucznia)

1. Na podstawie art.12 ust.3 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019r. o opiece zdrowotnej nad uczniami **wyrażam zgodę na** objęcie pozostającej/ego pod moją/naszą opieką

.....
(imiona i nazwisko małoletniego ucznia i pesel)

Informacja: Art.9 ust.2 ustawy z dnia 6 listopad 2008r. 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.
3. **Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w podanym wyżej zakresie przez KOLAR-DENTAL S.C. IZABELA KOLARCZYK ARKADIUSZ KOLARCZYK Ul. Wyzwolenia 10 44-348 Skrzyszów, wyłącznie do celu prowadzenia dokumentacji medycznej w ramach NFZ w zakresie opieki stomatologicznej. Informujemy ,że Państwa zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie.

.....
(data i podpis osoby wyrażającej zgodę opiekunów prawnych)