



Pieczęć placówki medycznej

ZGODA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/OPIEKUNA PRAWNEGO NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA STOMATOLOGICZNEGO PACJENTOWI DO 18 ROKU ŻYCIA W OBCENOŚCI OPIEKUNA FAKTYCZNEGO ORAZ NA UDZIELENIE OPIEKUNOWI FAKTYCZNEMU INFORMACJI

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/OPIEKUNA PRAWNEGO

Imię i nazwisko PESEL/Data urodzenia

Stopień pokrewieństwa wyrażającego zgodę

Oświadczam, że jako przedstawiciel ustawowy/opiekun prawny wyrażam zgodę na realizację świadczenia medycznego w zakresie:

- stomatologii zachowawczej (zakładanie wypełnień) z endodoncją
- znieczuleń
- zabiegów profilaktycznych

na okres leczenia od do
(nie dłużej niż 3 miesiące)

Mojemu dziecku/wychowankowi/podopiecznemu:

Imię i nazwisko małoletniego

Data urodzenia PESEL

W obecności opiekuna faktycznego (dane opiekuna)

Imię i nazwisko

Numer PESEL* lub typ i numer dowodu tożsamości*

Jednocześnie oświadczam, że został mi przedstawiony plan leczenia, otrzymałem/łam wyczerpujące informacje o rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych i leczniczych, spodziewanych wynikach leczenia, ryzyku i powikłaniach oraz przeciwwskazaniach.

Oświadczam, że:

Przyjmuję do wiadomości, że każde świadczenie medyczne pociąga za sobą ryzyko powikłań, które mogą wystąpić nawet przy zachowaniu najwyższych standardów w zakresie wiedzy i umiejętności.

W sytuacji wyjątkowej, gdy w trakcie wykonywania zabiegu lub stosowania innej metody leczniczej wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby mi niebezpieczeństwem utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, lekarz będzie uprawniony do zmiany zakresu udzielanego świadczenia zdrowotnego lub jego zaniechania.

Miejscowość, data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

Data i czytelny podpis osoby przyjmującej dokument

* oznaczyć właściwe poprzez jednoznaczne zakreślenie

Dane osobowe będą przetwarzane przez PZU Zdrowie S.A w celach związanych ze świadczeniem usług medycznych. Więcej informacji na temat przetwarzania danych osobowych znajdą Państwo na stronie internetowej <https://www.pzuzdrowie.pl/kim-jestesmy/informacje-o-przetwarzaniu-danych-osobowych> oraz w naszych placówkach.

PZU Zdrowie Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy, KRS: 395215, NIP: 527-266-38-52, kapitał zakładowy: 10 650 000 zł wpłacony w całości, ul. Konstruktorska 13, 02-673 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 405 905 (opłata zgodna z taryfą operatora)