

## ZGODA NA SAMODZIELNE WIZYTY PACJENTA MAŁOLETNIEGO

### DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO / OPIEKUNA PRAWNEGO:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: ..... Numer telefonu do kontaktu w trakcie wizyty: .....

Dokument tożsamości (nazwa): ..... Seria i nr: .....

Oświadczam, że posiadam pełnię praw rodzicielskich / jestem opiekunem prawnym\* pacjenta:

### DANE PACJENTA MAŁOLETNIEGO:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: ..... Data urodzenia: .....

### TREŚĆ OŚWIADCZENIA:

Wyrażam zgodę na samodzielne zgłaszanie się mojego dziecka/podopiecznego do placówki medycznej oraz na udzielanie świadczeń zdrowotnych w następującym zakresie (proszę zaznaczyć właściwe):

☐ **Wizyta jednorazowa** w dniu: .....

Planowany zakres/cel wizyty: .....

☐ **Wizyty w celu realizacji planu leczenia z dnia** .....

☐ **Wizyty cykliczne (do odwołania)** w zakresie: \* kontroli ortodontycznych / stomatologicznych; \* wymiany elementów aparatu ortodontycznego; \* higienizacji / profilaktyki fluorkowej; \* drobnych korekt leczenia zachowawczego.

**DODATKOWE ZGODY MEDYCZNE:** Wyrażając zgodę na samodzielną wizytę, akceptuję również wykonanie niezbędnych w toku diagnostyki i leczenia procedur, takich jak:

1. Diagnostyka obrazowa: zdjęcia RTG (punktowe, pantomograficzne, cefalometryczne) lub tomografia CBCT – jeśli lekarz uzna to za konieczne dla procesu leczenia.
2. Podanie znieczulenia miejscowego – zgodnie z wiedzą medyczną i zaleceniami lekarza.

### ZOBOWIĄZANIA I OŚWIADCZENIA RODZICA / OPIEKUNA:

1. **Koszty:** Zobowiązuję się do pokrycia wszystkich kosztów związanych z przeprowadzonymi procedurami medycznymi zgodnie z obowiązującym cennikiem (płatność gotówką/kartą przez dziecko lub przelewem/inną formą uzgodnioną z recepcją).
2. **Kontakt:** Zobowiązuję się być dostępny/a pod wskazanym wyżej numerem telefonu w czasie trwania wizyty dziecka, na wypadek konieczności podjęcia nagłych decyzji medycznych wykraczających poza niniejszą zgodę.
3. **Stan zdrowia:** Oświadczam, że od czasu ostatniego wywiadu medycznego stan zdrowia dziecka **nie uległ zmianie** (nie pojawiły się nowe choroby, alergie, przyjmowane leki). Wszelkie zmiany zgłoszę pisemnie lub osobiście przed rozpoczęciem wizyty.
4. **Nadzór:** Zobowiązuję się do osobistego kontrolowania przebiegu leczenia poprzez kontakt z recepcją, kontakt mailowy na adres: [konsylium.rejestracja@gmail.com](mailto:konsylium.rejestracja@gmail.com) lub okresowe wizyty osobiste.
5. **Odwołanie zgody:** Mam świadomość, że niniejsza zgoda może zostać odwołana w każdym czasie w formie pisemnej.

Świecie, dn. ....

.....

(Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego)