Balin, dnia ……………………………………….

…………………………………………………………………………

Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego

……………………………………………………………………..….

Adres zamieszkania

**Oświadczenie rodzica / opiekuna prawnego małoletniego pacjenta**

**w przedmiocie zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki stomatologicznej**

Zostałam/em poinformowana/y o zakresie opieki zdrowotnej oraz o prawie do wyrażenia sprzeciwu w formie pisemnej do świadczeniodawcy realizującego tą opiekę.

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na udzielanie

………………………………………………………………..………………………………………..

Imię i nazwisko małoletniego pacjenta, data urodzenia

świadczeń zdrowotnych w zakresie przeprowadzenia badania, przeglądu i leczenia stomatologicznego realizowanego na podstawie ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz.U. z 2019 r. poz. 1078).

…………………………………………

podpis rodzica / opiekuna prawnego

\*właściwe podkreślić