

ZGODA NA LECZENIE STOMATOLOGICZNE W

MICHNO DENTALMED Sp. Z.O.O

Imię i Nazwisko

Nr PESEL

Zgodnie z art. 15 i następną ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 nr 52 poz. 417 z póź. zm) oraz art. 32-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity Dz. U. z 2005 nr 226 poz. 1943 z późniejszymi zmianami), wyrażam świadomą zgodę na leczenie stomatologiczne w podmiocie leczniczym MICHNO DENTALMED Sp. Z.O.O.

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia – zgodnie z załącznikiem nr 1 do niniejszego oświadczenia (ankieta o stanie zdrowia pacjenta) .

Wyrażam zgodę na wykonanie niezbędnych przed zabiegiem badań.

Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z regulaminem udzielania świadczeń stomatologicznych w podmiocie leczniczym MICHNO DENTALMED Sp. Z.O.O

Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych

Oświadczam, że zapoznałem(-am) iż Przychodnia MICHNO DENTALMED Sp. Z.O.O przy ul. Małachowskiego 25. jest pod stałym nadzorem wizualnym, z wyłączeniem pomieszczeń sanitarnych.

Data

Podpis Pacjentki(-a)