REHADENT

ZGODA NA SAMODZIELNE WIZYTY NIEPEŁNOLETNIEGO PACJENTA

Ja ..... PESEL | | | | | | | | | | |
(imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego)

legitymująca/y się dowodem osobistym numer: [ ]

oświadczam, że jestem rodzicem/opiekunem prawnym*:

*proszę wybrać poprzez otoczenie kółkiem

.....
(Imię i nazwisko Podopiecznego)

PESEL Podopiecznego: | | | | | | | | | | |

wyrażam zgodę na:

(Proszę zaznaczyć wpisując **X**)

☐ rehabilitację (fizjoterapię/logopedię/trening) jednorazową bez mojej obecności lub bez obecności opiekuna faktycznego, w dniu [ ]

☐ stałe wykonywanie rehabilitacji (fizjoterapii/logopedii/treningu) bez mojej obecności lub bez obecności opiekuna faktycznego

☐ jednorazową wizytę ortopedyczną obejmującą badanie ortopedyczne i USG u dr. Piotra Godka PWZ 3178921 w dniu [ ]
(tylko Pacjenci powyżej 16 roku życia)

1. Niniejsza zgoda nie obejmuje świadczeń stomatologicznych, w tym badania stomatologicznego tzw. przeglądu.
2. Jestem świadomy, że Rehadent odpowiada za bezpieczeństwo i nadzór nad Pacjentem wyłącznie w trakcie udzielania świadczeń.
3. Zezwalam na samodzielny powrót mojego dziecka/podopiecznego do domu.
4. W przypadku zgody na stałe wykonywanie rehabilitacji niniejsza zgoda jest ważna aż do jej pisemnego odwołania.

[ ] .....

DATA CZYTELNY PODPIS