

.....
Pieczęć szkoły

Deklaracja w sprawie opieki stomatologicznej o opiece zdrowotnej nad uczniami
na podstawie art. 6 ust. 3 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019r. (Dz. U. z 2019r., poz. 1078)

Ja, niżej podpisana/-y

.....
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego małoletniego ucznia, numer telefonu)
*nie dotyczy ucznia pełnoletniego

wyrażam zgodę na objęcie mojego dziecka opieką dentystyczną - „DENTAL CLINIQUE” S.C. 41-500 Chorzów, ul. 11 Listopada 59/1A na podstawie porozumienia zawartego z Urzędem Miasta Chorzów

wybieram innego lekarza dentystę niż lekarza dentystę sprawującego opiekę stomatologiczną nad uczniami w rozumieniu art. 5 ust. 4 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. z 2019 roku, poz. 1078)* i wyrażam sprzeciw na objęcie pozostającej (-ego) pod moją opieką ucznia małoletniego profilaktycznymi świadczeniami stomatologicznymi dla dzieci i młodzieży na podstawie art. 7 ust. 2 z dnia 12 kwietnia 2019r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. z 2019r. poz. 1078)

.....
(imię i nazwisko ucznia, PESEL, adres zamieszkania)

*art. 5 ust. 4

„Lekarz dentysta sprawujący opiekę stomatologiczną nad uczniami to lekarz dentysta spełniający wymagania określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.3), w części dotyczącej warunków realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego dla dzieci i młodzieży, z wyłączeniem świadczeń ortodoncji, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.”

Oświadczenie - upoważnienie do uzyskiwania informacji medycznych

Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2020 poz. 666 z późn. zm.)

IMIĘ NAZWISKO (osoby upoważnionej):
tel:

do:

- 1) uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach za życia i po śmierci
TAK / NIE,
- 2) uzyskiwania dokumentacji medycznej, za życia i po śmierci
TAK / NIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania stomatologicznego i udzielenie świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6.11.2008.

Chorzów, dnia

.....
(czytelny podpis przedstawiciela ustawowego
lub pełnoletniego ucznia)

.....
Pieczęć szkoły

Deklaracja w sprawie opieki stomatologicznej o opiece zdrowotnej nad uczniami
na podstawie art. 6 ust. 3 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019r. (Dz. U. z 2019r., poz. 1078)

Ja, niżej podpisana/-y

.....
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego małoletniego ucznia, numer telefonu)
*nie dotyczy ucznia pełnoletniego

wyrażam zgodę na objęcie mojego dziecka opieką dentystyczną - „DENTAL CLINIQUE” S.C. 41-500 Chorzów, ul. 11 Listopada 59/1A na podstawie porozumienia zawartego z Urzędem Miasta Chorzów

wybieram innego lekarza dentystę niż lekarza dentystę sprawującego opiekę stomatologiczną nad uczniami w rozumieniu art. 5 ust. 4 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. z 2019 roku, poz. 1078)* i wyrażam sprzeciw na objęcie pozostającej (-ego) pod moją opieką ucznia małoletniego profilaktycznymi świadczeniami stomatologicznymi dla dzieci i młodzieży na podstawie art. 7 ust. 2 z dnia 12 kwietnia 2019r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. z 2019r. poz. 1078)

.....
(imię i nazwisko ucznia, PESEL, adres zamieszkania)

*art. 5 ust. 4

„Lekarz dentysta sprawujący opiekę stomatologiczną nad uczniami to lekarz dentysta spełniający wymagania określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.3), w części dotyczącej warunków realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego dla dzieci i młodzieży, z wyłączeniem świadczeń ortodoncji, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.”

Oświadczenie - upoważnienie do uzyskiwania informacji medycznych

Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2020 poz. 666 z późn. zm.)

IMIĘ NAZWISKO (osoby upoważnionej):
tel:

do:

- 1) uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach za życia i po śmierci
TAK / NIE,
- 2) uzyskiwania dokumentacji medycznej, za życia i po śmierci
TAK / NIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania stomatologicznego i udzielenie świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6.11.2008.

Chorzów, dnia

.....
(czytelny podpis przedstawiciela ustawowego
lub pełnoletniego ucznia)

