

## ZGODA NA LECZENIE STOMATOLOGICZNE

W

### ROGOWSCY DENTAL CLINIC S.C.

Zgodnie z art. 15 i następne 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 dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2005 nr 226 poz. 1943 z późniejszymi zmianami), wyrażam zgodę na leczenie stomatologiczne w podmiocie leczniczym Rogowscy Dental Clinic Spółka Cywilna.

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 Rogowscy Dental Clinic Spółka Cywilna.

.....  
data

.....  
czytelny podpis Pacjenta