SK DENTAL CLINIC

Poučenie a informovaný súhlas

Priezvisko a meno pacienta:

Dátum narodenia:

Adresa:

Názov PZS: SK Dental s.r.o.

Lekár:

Svojim podpisom potvrdzujem, že som bol zrozumiteľne poučený a v súlade s §6 zákona 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti informovaný o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdrav. starostlivosti a výške úhrady za tento výkon. Zároveň vyhlasujem, že som si informovaný súhlas prečítal, jeho jednotlivé ustanovenia sú mi jasné a zrozumiteľné, pri výbere poskytovateľa zdravotnej starostlivosti nebola ovplyvnená moja slobodná vôľa, a ani som nebol nijakým spôsobom zo strany poskytovateľa zdravotnej starostlivosti nabádaný, presviedčaný alebo inak ovplyvňovaný, aby som operačný zákrok podstúpil práve u neho.

Potvrdzujem prevzatie rovnopisu ošetrenia.

Súhlasím so spracovaním mojich osobných údajov a fotodokumentácie v informačnom systéme zdrav. zariadenia.

Dátum	Podpis(zákonného zástupcu)	Dátum	Podpis(zákonného zástupcu)
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

_____

Pečiatka a podpis lekára