OŚWIADCZENIE LEKARZA I UCZESTNIKA PROJEKTU O UDZIELONYM

ŚWIADCZENIU ZDROWOTNYM

Beneficjent: Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Tytuł projektu: „Program edukacyjno-profilaktyczny w zakresie próchnicy zębów dla młodzieży z uwzględnieniem grup obciążonych chorobami ogólnymi i niepełnosprawnością z makroregionu zachodniego."
Numer umowy: POWR.05.01.00-00-0027/20
Tytuł programu profilaktycznego: Program profilaktyczny w zakresie profilaktyki pierwotnej choroby próchnicowej zębów oraz wczesnego wykrywania zmian próchnicowych w makroregionie zachodnim (woj. wielkopolskie, lubuskie, zachodniopomorskie) w latach 11.2020-10.2023

Nazwa świadczenia zdrowotnego udzielonego uczestnikowi projektu - zgodna z wykazem stawek jednostkowych (załącznik nr 1 do Noty obciążeniowej)	Badanie stanu zdrowia uzębienia wraz z instruktażem higieny jamy ustnej oraz udzieleniem informacji o potrzebach leczniczych
Imię i nazwisko uczestnika	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Województwo	
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
Podpis uczestnika projektu (rodzica, opiekuna prawnego) *	
Nazwa podmiotu leczniczego i pieczęć, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego	
Adres podmiotu leczniczego	
Województwo	
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
Imię i nazwisko lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne/diagnostyczne	
Podpis i pieczęć lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne/diagnostyczne	

**do 16 roku życia wyraża zgodę rodzic, u osób w wieku 16-18 lat rodzic i dziecko, powyżej 18 lat osoba pełnoletnia*