



TWÓJ DENTYSTA

ul. Słomińskiego 17/7

00-195 Warszawa

happydent-warszawa.pl

Zgoda na leczenie stomatologiczne w obecności upoważnionego opiekuna oraz na udzielenie opiekunowi informacji dla osób do 18 r.ż.

Imię, nazwisko, PESEL, stosunek przedstawiciela ustawowego do małoletniego (np. Matka, Ojciec)

Wyrażam zgodę na wykonanie u dziecka następujących procedur (właściwe zakreślić w kółko):

1. Badania	TAK/NIE
2. Udzielenia porady lekarskiej	TAK/NIE
3. Leczenia stomatologicznego zęba	TAK/NIE
4. Wykonanie znieczulenia	TAK/NIE
5. Wykonanie RTG zęba	TAK/NIE

W dniu (data usługi medycznej) (imię i nazwisko pacjenta; data urodzenia)

..... dziecko będzie przyjmowane w gabinecie

HappyDent pod opieką (imię i nazwisko, PESEL opiekuna):

..... Lekarz dentysta poinformuje opiekuna o aktualnym stanie uzębienia, proponowanych formach leczenia i dalszych procedurach leczniczych.

.....
Miejscowość, data

.....
Warszawa, data

.....
Czytelny podpis opiekuna ustawowego

.....
Podpis przyjmującego oświadczenie



☎ 727-280-480

