

Imię i nazwisko małego pacjenta .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

Imię i nazwisko rodzica / opiekuna .....

PESEL ..... Telefon kontaktowy: .....

Adres zamieszkania (*wypełnić, jeśli jest inny niż adres zamieszkania małego pacjenta*)

.....

## OŚWIADCZENIE RODZICA / OPIEKUNA

Ja niżej podpisana/y ..... (imię i nazwisko)

oświadczam, że wyrażam zgodę na diagnostykę i przeprowadzenie leczenia stomatologicznego u małego pacjenta

..... (imię i nazwisko małego pacjenta)

**Koszt leczenia** .....

Akceptuję koszty leczenia małego pacjenta, o których zostałam/em poinformowany.

Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej oraz fotograficznej małego pacjenta podczas zabiegów.

.....

Data i podpis rodzica / opiekuna prawnego

Osoba udzielająca informacji i przyjmująca oświadczenie o zgodzie:

.....

Podpis i pieczęć Lekarza denty