

1. Imię i nazwisko małoletniego pacjenta

PESEL

Adres zamieszkania

2. Imię i nazwisko rodzica / opiekuna

PESEL Telefon kontaktowy:

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

OŚWIADCZENIE RODZICA / OPIEKUNA

Ja niżej podpisa/a/y (imię i nazwisko)

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

..... (imię i nazwisko małoletniego pacjenta)

Koszt leczenia

Akceptuję koszty leczenia małoletniego, o których zostałam/em poinformowany.

Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej oraz fotograficznej małoletniego podczas zabiegów.

.....
Data i podpis rodzica / opiekuna prawnego

Osoba udzielająca informacji i przyjmująca oświadczenie o zgodzie:

.....
Podpis i pieczętka Lekarza dentysty