

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA PACJENTA MAŁOLETNIEGO

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA.....

PESEL.....

DATA URODZENIA

Ja, niżej podpisany,

nr.dowodu osobistego....., oświadczam, iż jestem rodzicem/opiekunem prawnym pacjenta wyż. wym. i wyrażam zgodę na przyjęcie i udzielanie świadczeń zdrowotnych w Tata Stomatolog, ul.Kłobucka 6d/lokal U3, 02-699 Warszawa w zakresie leczenia stomatologicznego:

- Badanie stomatologiczne*
- Higienizacja (saling, polishing, piaskowanie)*
- Lakowanie zęba nr*
- Lakierowanie zębów(fluoryzacja)*
- Leczenie zachowawcze zęba nr*
- Ekstrakcję zęba nr*
- Podanie znieczulenia miejscowego*
- Inne*

*NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ

Podczas wizyty opiekę będzie sprawował/sprawowała:

IMIĘ I NAZWISKO

NR.DOWODU OSOBISTEGO

W trakcie trwania wizyty, kontakt ze mną będzie możliwy pod nr.telefonu.....

W przypadku braku możliwości skontaktowania się telefonicznie, lekarz dentysta ma prawo odmówić przyjęcia pacjenta małoletniego.

Data oraz czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

Data oraz czytelny podpis lekarza przyjmującego oświadczenie