

Zgoda na przegląd stomatologiczny

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

.....
Imię i nazwisko dziecka

.....
Adres zamieszkania dziecka

.....
Pesel dziecka

Ja, niżej podpisany, wyrażam zgodę na **przeгляд stomatologiczny** u mojego dziecka/podopiecznego w **Grupowa Praktyka Stomatologiczna Justyna i Andrzej Błaszczak „JADENT” s.c.**, ul. Starowapiennikowa 8.

.....
Czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna

Zgoda na leczenie stomatologiczne

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

.....
Imię i nazwisko dziecka

.....
Adres zamieszkania dziecka

.....
Pesel dziecka

Ja, niżej podpisany, wyrażam zgodę na **zabiegi stomatologiczne** u mojego dziecka/podopiecznego w **Grupowa Praktyka Stomatologiczna Justyna i Andrzej Błaszczak „JADENT” s.c.**, ul. Starowapiennikowa 8, w zakresie poniżej opisanym przez lekarza dentystę. Zgoda ta obowiązuje do momentu odwołania jej w formie pisemnej.

1. Diagnostyka wraz z profilaktyką próchnicy :

- badanie stomatologiczne
- lakierowanie zębów stałych
- lakowanie zębów
- usunięcie kamienia nazębnego

2. Leczenie:

- znieczulenie stomatologiczne
- leczenie zębów mlecznych
- leczenie zębów stałych
- ekstrakcja zębów mlecznych
- ekstrakcja zębów stałych

Proszę o skreślenie procedur na które Państwo nie wyrażają zgody.

.....
Podpis i pieczęć lekarza dentysty

.....
Czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego