

**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 Zębowa Wróżka pod opieką (imię i nazwisko, PESEL opiekuna):  
.....

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

.....  
Miejscowość, data

.....  
Warszawa, data

.....  
Czytelny podpis ustawowego opiekuna  
oświadczenie

.....  
podpis przyjmującego

 ul. Ratuszowa 11 lokal 175

 tel. 22 670 17 02 | (+48) 668 381 625

 [www.zebowawrozka.pl](http://www.zebowawrozka.pl)