

ZGODA OPIEKUNA NA LECZENIE

Ja niżej podpisany/-a wyrażam zgodę na wykonanie poniżej wymienionych zabiegów u
mojego dziecka:

Imię i Nazwisko

.....

PESEL

- znieczulenie nasiękowe lub przewodowe ,
- zdjęcia RTG , pantomogram, cefalometrię,
- zabiegów stomatologicznych przeprowadzonych bez mojej obecności (opiekuna prawnego), w gabinecie Dental Harmony, ul. Wybrzeże Kościuszkowskie 45/34 w Warszawie.

.....
Data, podpis i pieczęć lekarza dentysty

.....
Czytelny podpis pacjenta (rodzica lub opiekuna)