

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA PACJENTA MAŁOLETNIEGO

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:

PESEL:

DATA URODZENIA:

Ja, niżej podpisany, legitymujący się dowodem osobistym nr:, oświadczam, iż jestem rodzicem/opiekunem prawnym pacjenta wyż. wym. i wyrażam zgodę na przyjęcie i udzielanie świadczeń zdrowotnych w Krokodylki Dental Studio przy ul. Lwowskiej 4/92, 61-131 Poznań, t.j. przychodni stomatologicznej prowadzonej przez podmiot leczniczy WM Martyna Wudel, Patryk Matuszak s.c. w zakresie leczenia stomatologicznego, polegającego na:

- badaniu stomatologicznym,
- higienizacji,
- lakowaniu zęba nr,
- lakierowanie zębów (fluoryzacja),
- leczenie zachowawcze zęba nr
- ekstrakcji zęba nr,
- podaniu znieczulenia miejscowego,
- podaniu znieczulenia podtlenkiem azotu,
- inne **

*NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ

** PROSZĘ UZUPEŁNIĆ

Podczas wizyty opiekę będzie sprawował/sprawowała: (imie i nazwisko), legitymująca/y się dowodem osobistym nr

W trakcie trwania wizyty, kontakt ze mną będzie możliwy pod numerem telefonu
W przypadku braku możliwości skontaktowania się telefonicznie, lekarz dentysta ma prawo odmówić przyjęcia pacjenta małoletniego.

Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego

Data i podpis lekarza przyjmującego