



Gabinet:

Park Medical sp. z o.o
NIP: 5482644306
Liburnia 5
43-400 Cieszyn, Polska

ZGODA NA LECZENIE MAŁOLETNIEGO

Dane Opiekuna Prawnego

Imię i Nazwisko

Rodzaj i nr dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania.....

Stosunek do małoletniego (ojciec, matka).....

Nr telefonu.....

Dane małoletniego

Imię i Nazwisko

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykonanie u w/w małoletniego dziecka w Centrum Stomatologiczno-Medycznym Park Medical sp. z o.o. w Cieszynie świadczeń stomatologicznych, takich jak: zebranie wywiadu i badanie stomatologiczne, wykonanie badań dodatkowych, wykonanie zabiegów stomatologicznych, które stomatolog uzna za konieczne w procesie leczenia (w tym podanie znieczulenia), wykonanie/ wydanie aparatu ortodontycznego/ protetycznego / itp.

Oświadczam również, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji, co do stanu zdrowia dziecka. O wszelkich jego zmianach zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego.

Zobowiązuję się również do pokrycia kosztów zabiegów wykonanych u małoletniego.

Data podpisu

Podpis pacjenta / Akceptacja pacjenta / Opiekuna