

**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 (właściwie zakreślić w  
kółko):**

Badania stomatologicznego	Tak/Nie
Leczenia stomatologicznego zęba	Tak/Nie
Wykonanie znieczulenia	Tak/Nie
Wykonanie RTG zęba	Tak/Nie
Wykonanie czynności w zakresie leczenia ortodontycznego	Tak/Nie

W dniu (data usługi medycznej) ..... (imię i nazwisko pacjenta; data urodzenia) ..... dziecko będzie przyjmowane w gabinecie Stomatologia Zębolki pod opieką (imię i nazwisko, PESEL opiekuna): .....

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

Miejscowość, data .....

Miejscowość, data .....

Czytelny podpis opiekuna ustawowego

Podpis przyjmującego oświadczenie

.....

.....