

Zgoda na leczenie

Ja, niżej podpisany

wyrażam / nie wyrażam zgody na **leczenie zachowawcze**,
wyrażam / nie wyrażam zgody na **znieczulenie**,
wyrażam / nie wyrażam zgody na **ekstrakcję zęba/zęba mlecznego**

mojego dziecka

w Klinice Stomatologicznej w Pruszczu Gdańskim.

* niepotrzebne skreślić

.....
data i podpis rodzica / opiekuna dziecka

Dane ucznia:

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania ucznia)

.....
(PESEL ucznia)

.....
(numer telefonu rodzica/opiekuna dziecka)