

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
NEOELDENT
ul. Graniczna 59
42-300 Myszków

Myszków dn.

ZGODA NA WYKONANIE ZDJĘCIA PANORAMICZNEGO
UZĘBIENIA MAŁOLETNIEGO OD 16 DO 18 ROKU ŻYCIA

Ja
(imię i nazwisko rodzica / opiekuna małoletniego)

Wyrażam zgodę na wykonanie u mojego dziecka / podopiecznego

.....
(Imię i nazwisko dziecka / podopiecznego PESEL)

Zdjęcia panoramicznego uzębienia .

Zostałem poinformowany szczegółowo o badaniu .

Wyrażam zgodę

.....

(czytelny podpis małoletniego pacjenta)

Wyrażam zgodę

.....

(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego
małoletniego)