

NEOELDENT  
ul. Graniczna 59  
42-300 Myzków

ZGODA NA WYKONANIE ZDJĘCIA PANORAMICZNEGO KOBIETY

Ja.....

Imię i nazwisko

Wyrażam zgodę na wykonanie u mnie zdjęcia panoramicznego uzębienia.

Oświadczam, że nie jestem w ciąży.

Zostałam poinformowana szczegółowo o badaniu.

.....

(data i podpis pacjentki)