

Myszków,.....

ZGODA NA WYKONANIE ZDJĘCIA ZDJĘCIA WEWNĄTRZUSTNEGO PUNKTOWEGO MAŁOLETNIEGO
DO 16 ROKU ŻYCIA

Ja.....(opiekun prawny/rodzic pacjenta)

Wyrażam zgodę na wykonanie zdjęcia punktowego u mojego
dziecka.....(imię
nazwisko, pesel pacjenta)

.....

czytelny podpis opiekuna