

STOMATOLOGIA BICHAŁSKI
ul. Leśna 23
42-600 Tarnowskie Góry
nr umowy nfz 121/214120

Tarnowskie Góry dn

FORMULARZ ZGODY NA LECZENIE
STOMATOLOGICZNE MAŁOLETNIEGO
(od 16 do 18 ROKU ŻYCIA)
w STOMATOLOGIA BICHAŁSKI
42-600 Tarnowskie Góry ul. Leśna 23
(budynek przychodni BI-MED)
tel. 728-108-902

Zabiegi bezpłatne refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia

.....
imię i nazwisko Małoletniego

.....
pesel

Wyrażam zgodę na wykonanie :

- | | |
|---|----------|
| 1) Badań stomatologicznych z planem leczenia | tak/ nie |
| 2) Profilaktycznego świadczenia stomatologicznego – fluoryzacja | tak/nie |
| 3) Lakowania zębów szóstych i siódmych | tak/nie |
| 4) Lakierowania wszystkich zębów | tak/nie |
| 5) Usunięcia złogów nazębnych | tak/nie |
| 6) Leczenia próchnicy zębów | tak/nie |
| 7) Leczenia kanałowego zębów (w razie wskazań) | tak/nie |
| 8) Usunięcia zębów (w razie wskazań) | tak/nie |
| 9) Wykonania zdjęcia rtg (w razie wskazań) | tak/nie |

.....
Czytelny podpis rodzica/przedstawiciela ustawowego/prawnego opiekuna

.....
Numer telefonu

.....
Adres

.....
Czytelny podpis Małoletniego

Powyższa zgoda może być odwołana w sposób pisemny przez rodzica/przedstawiciela ustawowego/prawnego opiekuna