

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

**Tarnowskie Góry dn .....**

**FORMULARZ ZGODY NA LECZENIE**  
**STOMATOLOGICZNE MAŁOLETNIEGO**  
**w STOMATOLOGIA BICHALSKI**  
**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

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