

Zgoda na badanie jamy ustnej oraz na wykonanie profilaktycznych zabiegów stomatologicznych.

Dane dziecka:

nazwisko:

imię:

PESEL:

data urodzenia:

adres zamieszkania:

Dane rodzica/opiekuna prawnego:

nazwisko:

imię:

adres zamieszkania:

telefon kontaktowy:

Oświadczam, że jestem rodzicem/opiekunem prawnym dziecka. Wyrażam zgodę na wykonanie u dziecka badania jamy ustnej oraz niezbędnych zabiegów z zakresu profilaktyki stomatologicznej. Wszystkie świadczenia będą dopasowane do wieku i aktualnych potrzeb dziecka.

Zabiegi będą wykonane przez personel udzielający świadczeń w podmiocie leczniczym "Bartłomiej Suchorski" w gabinecie stomatologicznym Polanów ul. Bobolicka 4.

Badanie oraz wykonane zabiegi profilaktyczne będą dla dzieci bezpłatne.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu leczenia.

Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego:

DR SUCHORSKI STOMATOLOGIA PROTETYKA IMPLANTY MEDYCYNĄ ESTETYCZNA

DENTYSTA ROKU wg portaldentystyczny.pl- najważniejszy wydawca branży stomatologicznej

Pierwszy w województwie gabinet z certyfikatem „ **GABINET PRZYJAZNY DZIECKU**”

**STOMATOLOGIA ESTETYCZNA * PROTETYKA * IMPLANTY * MEDYCYNĄ ESTETYCZNA *
STOMATOLOGIA DZIECIĘCA * LIDERZY TECHNOLOGII CAD/CAM**

Lekarze dentyści:

Bartłomiej Suchorski

Diana Nowakowska

Karol Szotczyński

Higienistka stomatologiczna: Marlena Kozłowska

Rejestracja telefoniczna 609980064

ul. Bobolicka 4 76-010 Polanów

