

ZGODA

Rodzic / opiekun prawny _____

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie niezbędnych zabiegów leczniczych pod nadzorem anestezjologa, których zakres został mi wcześniej przedstawiony.

- > oświadczam, że zostałem poinformowany o celu zabiegu, jego przebiegu i możliwości ewentualnych powikłań związanych z realizacją procedur stomatologicznych
- > wszelkie wątpliwości zostały mi wyjaśnione
- > miałem/am możliwość zadania pytań lekarzowi/dentyście przed zabiegiem, a udzielone mi odpowiedzi były wyczerpujące i zrozumiałe dla mnie
- > przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę na to, że jeżeli w czasie zabiegu zaistnieją niespodziewane okoliczności, rodzaj i sposób leczenia, może być zmieniony na inny ze względu na moje dobro / dobro dziecka
- > tekst powyższy przeczytałem / am (został mi przeczytany) i zrozumiałem / am.
Pytań ani wątpliwości nie mam.

Data

podpis i pieczęć lekarza

czytelny podpis Pacjenta
(opiekuna prawnego)

czytelny podpis Pacjenta
(niepełnoletniego, który ukończył 16 r. ż.)

telefon kontaktowy