

OŚWIADCZENIE RODZICÓW

ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU STOMATOLOGICZNEGO W ZNIECZULENIU OGÓLNYM

Imię i nazwisko dziecka Data urodzenia

Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z „Informacją dla rodziców dziecka przed zabiegiem stomatologicznym w znieczuleniu ogólnym”. Zrozumieliśmy jej treść i będziemy przestrzegać zawartych w niej zaleceń.

Na nasze pytania uzyskaliśmy całkowite i w pełni zrozumiałe wyjaśnienie.

Wyrażamy zgodę na wykonanie zabiegu stomatologicznego w znieczuleniu ogólnym u naszego dziecka w warunkach ambulatoryjnych.

Wyrażamy zgodę na usunięcie u naszego dziecka zębów, które zdaniem stomatologa wykonującego zabieg, nie kwalifikują się do leczenia zachowawczego.

Oświadczamy, że nasze dziecko nie jadło od godziny i nie piło od godziny

Podpis matki lub ojca

Data