

Souhlas s ošetřením bez doprovodu zákonného zástupce

Nezletilý pacient ve věku 15–18 let

Dentální hygiena Bc. Kateřina Andrejová

Adresa ordinace: Akademika Heyrovského 1178/6, 500 03 Hradec Králové

Tel.: +420 776 244 703 (SMS preferováno)

E-mail: dentka@email.cz

Identifikace nezletilého pacienta:

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Adresa: _____

Telefon (pacienta): _____

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení: _____

Vztah k dítěti: _____

Telefon: _____

E-mail: _____

Jako zákonný zástupce uděluji souhlas s provedením dentální hygieny a preventivních výkonů u mého dítěte ve věku 15–18 let **bez mé fyzické přítomnosti v ordinaci**.

Souhlasím, aby byl/a nezletilý/á pacient/ka poučen/a o postupu ošetření a aby byla potřebná prohlášení podepsána přímo jím/jí.

Souhlasím, že informace o průběhu a výsledku ošetření mi mohou být předány:

- telefonicky / e-mailem / prostřednictvím zprávy předané dítěti (nehodící se škrtněte)

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o povaze, přínosech a možných rizicích ošetření a tento souhlas uděluji dobrovolně. Souhlas mohu kdykoliv písemně odvolat.

V dne

Podpis zákonného zástupce: _____

Podpis nezletilého pacienta: _____