

Souhlas s ošetřením dítěte v doprovodu třetí osoby

Dentální hygiena Bc. Kateřina Andrejová

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

Tel.: +420 776 244 703

Identifikace dítěte:

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Adresa: _____

Identifikace zákonného zástupce (rodiče):

Jméno a příjmení: _____

Vztah k dítěti: _____

Tel.: _____

Identifikace doprovázející osoby:

Jméno a příjmení: _____

Vztah k dítěti: _____

Číslo OP: _____

Tel.: _____

Tímto uděluji souhlas s provedením dentální hygieny a případných doporučených preventivních výkonů u mého dítěte výše uvedené doprovázející osobě. Souhlasím s tím, aby doprovázející osoba byla informována o stavu ústního zdraví mého dítěte a aby za mé dítě podepsala potřebná prohlášení související s ošetřením. Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o povaze a účelu ošetření a tento souhlas uděluji dobrovolně.

V dne

Podpis zákonného zástupce: _____

Podpis doprovázející osoby: _____