

Wyrażam zgodę na wykonanie u mojego dziecka
w gabinecie stomatologicznym MA-DENT Martyna Sobańska, Aleksander Sobański, ul.
Paderewskiego 4B/2C, Kielce

następujących zabiegów:

1. Diagnostykę stomatologiczną – przegląd zębów.
2. Profilaktykę stomatologiczną – lakowanie, lakierowanie (z wyłączeniem elmexowania).
3. Leczenie zębów mlecznych.
4. Leczenie zębów stałych.
5. Usunięcie zębów mlecznych (tylko pod opieką rodzica/opiekuna).
6. Usunięcie zębów stałych (tylko pod opieką rodzica/opiekuna).
7. Znieczulenie (tylko pod opieką rodzica/opiekuna).

Kielce, dn.

Podpis rodzica/opiekuna