

PLNÁ MOC / SOUHLAS S DOPROVODEM NEZLETILÉHO K OŠETŘENÍ

Já, níže podepsaný/á:

Jméno a příjmení rodiče:

Datum narození:

Bydliště:

jako zákonný zástupce nezletilého:

Jméno dítěte: _____

Datum narození: _____

tímto uděluji souhlas, aby mé dítě bylo doprovázeno k ošetření do stomatologické ordinace:

Jméno doprovázející osoby: _____

Datum narození: _____

Vztah k dítěti: _____

Tato osoba je oprávněna:

- ☐ doprovázet dítě k vyšetření
- ☐ být přítomna ošetření
- ☐ udělit souhlas s běžným stomatologickým ošetřením

Souhlas se vztahuje na běžnou stomatologickou péči (preventivní vyšetření, RTG, ošetření kazu, extrakce dočasného zubu, ošetření akutní bolesti).

Tento souhlas se nevztahuje na výkony vyžadující celkovou anestezii, chirurgické zákroky nebo jinak závažné výkony.

Platnost souhlasu:

- ☐ jednorázově dne

V _____ dne _____

Podpis zákonného zástupce: _____