

ZGODA NA ZABIEG

PACJENT:

ADRES:.....

RODZAJ ZABIEGU:

.....
.....
.....

W dniu po konsultacjach przeprowadzonych przez:

.....

i uzyskaniu wszystkich informacji dotyczących metod i możliwych sposobów postępowania, wyrażam zgodę na wykonanie w/w zabiegu.

Zostałem(am) poinformowany(a) o technice samego zabiegu, alternatywnych rozwiązaniach oraz możliwych powikłaniach. Zostałem(am) zapoznany(a) również z kosztami wykonania zabiegu, które akceptuję.

Uwagi:.....

.....
.....

Po zapoznaniu się z treścią powyższego dokumentu wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu.

Pacjent

Lekarz Stomatolog