



ZGODA NA LECZENIE WARUNKOWE

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a przez lekarza prowadzącego o warunkowym planie leczenia z dnia dotyczącym zęba, jak również o możliwych jego następstwach.

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu w trybie warunkowym i nie będę z tego tytułu rościć zastrzeżeń dotyczących jego skutków lub powodzenia.

.....

(Data, imię i nazwisko pacjenta)

.....

Podpis i pieczętka lekarza

PESEL