

HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT FOGÁSZATI KEZELÉSHEZ

Gyermek neve:

Születési év, hó, nap:

Anyja neve:

TAJ szám:

Kérem, a megfelelő válasz elé tegyen X-et!

Hozzájárulok gyermekem fogászati kezeléséhez:

☐ igen ☐ nem (A gyermeket kezelő fogorvos írásbeli igazolása szükséges)

Szükség esetén érzéstelenítő injekciót kaphat:

☐ igen ☐ nem

Szükség esetén a mozgó/szuvas tejfog eltávolítható

☐ igen ☐ nem

Szükség esetén a gyermek fogáról röntgen készíthető

☐ igen ☐ nem

Oktatás céljából a gyermek fogairól fotó készíthető

☐ igen ☐ nem

☐ Gyermekem allergiás megbetegedésben, fertőző betegségben, vérzékenységben, és egyéb a kezelést befolyásoló megbetegedésben nem szenved.

☐ Allergia:

☐ Fertőző betegség:

☐ Vérzékenység:

☐ Szív-érrendszeri betegség:

☐ Gyógyszerérékenység:

☐ Rendszeresen szedett gyógyszerek:

☐ Egyéb betegség:

(diabetes, epilepszia, krupp, obstrukciós bronchitis...)

.....

szülő/gondozó aláírása

Dátum: év hónap nap