ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОСМОТР

1. Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО пациента полностью)

законный представитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ согласен(а):

(ФИО, законного представителя (родители, опекуны, попечители)

-на профилактический стоматологический осмотр;

- на проведение гигиенических мероприятий (профессиональная чистка зубов, покрытие фторсодержащими препаратами, герметизация фиссур);

моему ребенку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_ Подпись пациента (представителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №28"

ул. Пограичника Гарькавого д.28, к.1, тел.744-00-66

Профилактический осмотр школьников и детей, посещающих ДДУ

Уважаемые родители!

Ваш (а) сын (дочь) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

школа (ДДУ) № \_\_\_\_\_ класс нуждается в герметизации фиссур (профилактика

лечении зубов постоянного прикуса и в ортодонтическом лечении (исправление прикуса).

Герметизация фиссур проводится детям бесплатно 1раз в 6 месяцев.

Просьба записаться по телефону: 744-00-66 в течение 3-х дней.

Дата осмотра \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_