

DOPROVOD DÍTĚTE



DENTÁLNÍ
KLINIKA HÁJE

Dítě:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa:

Zákonný zástupce:

Jméno a příjmení:

E-mail:

Telefon:

☐ Souhlasím s tím, aby dítě, jehož jsem zákonným zástupcem, podstoupilo vyšetření, ošetření či jiný léčebný zákrok na klinice bez doprovodu.

☐ Souhlasím s tím, aby dítě, jehož jsem zákonným zástupcem, doprovázela k vyšetření, ošetření či jinému léčebnému zákroku na klinice následující osoba:

Jméno a příjmení osoby:

Datum narození:

Telefon:

Vztah k dítěti:

Případné poznámky:

Tento souhlas platí ☐ dlouhodobě (pro veškerá vyšetření do odvolání)

☐ jednorázově pro vyšetření dne

☐ Souhlasím s tím, aby dítě, jehož jsem zákonným zástupcem, doprovázela k vyšetření, ošetření či jinému léčebnému zákroku na klinice následující osoba:

Jméno a příjmení osoby:

Datum narození:

Telefon:

Vztah k dítěti:

Případné poznámky:

Tento souhlas platí ☐ dlouhodobě (pro veškerá vyšetření do odvolání)

☐ jednorázově pro vyšetření dne

Datum:

Podpis zákonného zástupce:

Dentální klinika Háje s.r.o. (IČ: 247151140), Kosmická 537/2, 149 00 Praha - Háje
email: haje@dentalnikliniky.cz, telefon +420 608 956 530