

Tisztelt Szülők!

Gyermeüknek az iskolába történő beíratása/első fogászati kezelése alkalmával kérjük, nyilatkozzon arról, hogy a gyermek számára igénylik-e a csoportos, osztálykezelés formájában történő fogászati kezelést. Amennyiben a szükséges kezelést nem kéri, a szűrővizsgálat akkor is kötelező! A későbbiekben, ha a kitöltöttékben változás áll be, jelezzék. A nyilatkozat visszavonásig érvényes.

Budapest, 2021. június 22.

Tisztelettel:

Dr. Rigó Dóra
Részlegvezető főorvos

Gyermek neve:

Anyja neve:

Leendő osztálya:

TAJ száma:.....

Születési ideje:

Lakcíme:.....

Allergia:

Krónikus betegség, gyógyszereszedés:.....

A szükséges beavatkozásokat:
(a megfelelő részt kérem jelölni)

igénylem

nem igénylem

szülő aláírása