

INFORMOVANÝ SÚHLAS

Meno a priezvisko pacienta: KELBEL Pavol

Rodné číslo: 350325/0000

Adresa: Košická 3

821 06 Bratislava

Súhlasím s poskytnutím zdravotnej starostlivosti v uvedenom rozsahu. Súhlasne potvrdzujem, že som bol dostatočne poučený.

06.09.2005	D02	Preventívna stomatologická prehliadka		Z00
06.10.2005	FFF	Práca so stomatoprotetickými úkonmi		K08
Protetika:	20201	Celková snímata ná náhrada horná alebo dolná	37 36 35 34 33 32 31 41 42 43 44 45 46 47	

Dátum: 31.12.2005

Podpis pacienta (zák.zástupcu):