Miejscowość…….data……...

PACJENT (do ukończenia 18 r.ż.):

……..
……...
……..
……..

OPINIA LEK. SPECJALISTY STOMATOLOGII DZIECIĘCEJ/
CHIRURGII STOMATOLOGICZNEJ

Pacjent nie współpracuje pomimo farmakologicznego uspokojenia. Uniemożliwia to bezpieczne wykonanie zabiegu stomatologicznego:
- leczenia endodontycznego lub usunięcia (łącznie 4 zębów):
1……
2……
3……
4……

lub

- zabiegu chirurgicznego w obrębie jamy ustnej: ……...

Pieczęć, podpis

…….