

.....
(miejsowość, data)

**WYRAŻENIE ZGODY RODZICA/OPIEKUNA NA LECZENIE
STOMATOLOGICZNE DZIECKA W SZKOLNYM GABINECIE
DENTYSTYCZNYM**

DANE DZIECKA:

Imię: Nazwisko

Adres:

PESEL:

**WYRAŻAM ZGODĘ NA LECZENIE STOMATOLOGICZNE DZIECKA W SZKOLNYM
GABINECIE DENTYSTYCZNYM***

TAK ()

NIE ()

ZGADZAM SIĘ NA PROFILAKTYKĘ (przeгляд oraz zabezpieczenie zębów fluorem)*

TAK ()

NIE ()

W przypadku wyrażenia zgody na leczenie stomatologiczne dziecka uprzejmie proszę o przekazanie informacji o dziecku*:

Wywiad:

Choroby ogólne: alergia (), nadciśnienie (), cukrzyca (), układu krążenia (), choroby nerek (), choroby tarczycy (), epilepsja (), żółtaczka (), przeszczep (), zaburzenia krzepnięcia krwi (),

Inne

Przyjmowane aktualnie leki:

.....

Występowanie uczuleń na leki i środki znieczulające:

.....

Wyrażam zgodę na przekazanie informacji o stanie zdrowia i o leczeniu dziecka wychowawcy*

TAK ()

NIE ()

.....
(podpis rodzica/opiekuna)

.....
(podpis dziecka powyżej 16 roku życia.)

*proszę zaznaczyć właściwe poprzez postawienie znaku X w nawiasie