

Miejscowość:

Numer szkoły:

Klasa:

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

DANE DZIECKA:

Nazwisko:

Imię:

Adres:

PESEL: TELEFON KONTAKTOWY

**WYRAŻAM ZGODĘ NA LECZENIE STOMATOLOGICZNE DZIECKA W GABINECIE
STOMATOLOGICZNYM**

TAK ()

NIE ()

ZGADZAM SIĘ NA PROFILAKTYKĘ FLUOROWĄ (lakowanie, lakierowanie zębów)

TAK ()

NIE ()

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

Wywiad: zaznaczyć tak/nie

Choroby ogólne: Alergia (), Nadciśnienie (), Cukrzyca (), Układ krążenia (),
Choroby nerek (), Tarczycy (), Epilepsja (), Żółtaczka (), Przeszczep (),
Zaburzenia krzepnięcia krwi (),

Inne, jakie?

Aktualnie przyjmowane leki:

Występowanie uczuleń na leki i środki znieczulające:

.....

.....
data

.....
podpis rodzica/opiekuna

Pieczętka placówki oświatowej

Pieczętka gabinetu stomatologicznego

DREAM SMILE SIMON NOWAK

ULICA WIDOK 2B/16

PIŁA 64-920

NIP: 7642702598

REGON: 387115134

.....

.....

Instrukcja:

W pozycji chęć wyrażenia zgody lub nie na leczenie lub profilaktykę w nawiasie proszę o wpisanie krzyżyka