

Data,.....

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

DANE DZIECKA:

Nazwisko:

Imię:

Adres:

PESEL:

**WYRAŻAM ZGODĘ NA LECZENIE STOMATOLOGICZNE DZIECKA W SZKOLNYM
GABINECIE STOMATOLOGICZNYM W SZKOLE PODSTAWOWEJ NR 1 W OSTROWIE
WLKP.**

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 (), Układ krążenia (), Choroba
nerek (), Tarczycy (), Epilepsja (), Żółtaczką (), Przeszczep (), Zaburzenia krzepnięcia
krwi (),

Inne

Przyjmowane aktualnie leki:

Występowanie uczuleń na leki i środki znieczulające:

.....
Jednocześnie zaznaczam, że każde leczenie stomatologiczne będzie odbywało się w
obecności przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego małoletniego, bądź dorosłej
osoby imiennie i pisemnie wskazanej przez w/w osobę.

.....
Podpis rodzica/opiekuna

Data,.....

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

DANE DZIECKA:

Nazwisko:

Imię:

Adres:

PESEL:

**WYRAŻAM ZGODĘ NA LECZENIE STOMATOLOGICZNE DZIECKA W SZKOLNYM
GABINECIE STOMATOLOGICZNYM W SZKOLE PODSTAWOWEJ NR 1 W OSTROWIE
WLKP.**

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 (), Układ krążenia (), Choroba
nerek (), Tarczycy (), Epilepsja (), Żółtaczką (), Przeszczep (), Zaburzenia krzepnięcia
krwi (),

Inne

Przyjmowane aktualnie leki:

Występowanie uczuleń na leki i środki znieczulające:

.....
Jednocześnie zaznaczam, że każde leczenie stomatologiczne będzie odbywało się w
obecności przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego małoletniego, bądź dorosłej
osoby imiennie i pisemnie wskazanej przez w/w osobę.

.....
Podpis rodzica/opiekuna