

**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

ZESPÓŁ SZKÓŁ
IM. STANISŁAWA STASZICA W PIŁE
64-920 PIŁA ④
Al. Powstańców Wilk. 18
tel. (0-67) 212-51-99, fax (0-67) 212-22-18
NIP 734-23-05-615, Regon 000670427

DREAM SMILE SIMON NOWAK
ULICA WIDOK 2B/16
PIŁA 64-920
NIP: 7642702598
REGON: 387115134

.....
Pieczęć placówki oświatowej.....
Pieczęć gabinetu stomatologicznego**Instrukcja:**

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