



**WYRAŻENIE ZGODY RODZICA/OPIEKUNA NA LECZENIE STOMATOLOGICZNE
DZIECKA W SZKOLNYM GABINECIE STOMATOLOGICZNYM
(na okres trwania nauki dziecka w szkole)**

DANE DZIECKA:

Nazwisko:

Imię:

Adres:

PESEL: TELEFON KONTAKTOWY

**WYRAŻAM ZGODĘ NA LECZENIE STOMATOLOGICZNE DZIECKA W GABINECIE
STOMATOLOGICZNYM – OBJĘTYM POROZUMIENIEM**

WYRAŻAM ZGODĘ (TAK / NIE)*

WYRAŻAM SPRZECIWIW (TAK / NIE)* **

ZGADZAM SIĘ NA PROFILAKTYKĘ FLUOROWĄ (lakowanie, lakierowanie zębów)

WYRAŻAM ZGODĘ (TAK / NIE)*

WYRAŻAM SPRZECIWIW (TAK / NIE)* **

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

Wywiad:

Choroby ogólne: Alergia (TAK/NIE)*, Nadciśnienie (TAK/NIE)*, Cukrzyca (TAK/NIE)*, Układ krążenia (TAK/NIE)*, Choroby nerek (TAK/NIE)*, Choroby tarczycy (TAK/NIE)*, Epilepsja (TAK/NIE)*, Żółtaczka (TAK/NIE)*, Przeszczep (TAK/NIE)*, Zaburzenia krzepnięcia krwi (TAK/NIE)*,

Inne, jakie?

Przyjmowane aktualnie leki:

Występowanie uczuleń na leki i środki znieczulające:

Data:.....

Podpis rodzica/opiekuna prawnego

*TAK/NIE niepotrzebne skreślić

**USTAWA z 12 kwietnia 2019r. Art.7. pkt. 2

Profilaktyczna opieka zdrowotna oraz opieka stomatologiczna nad uczniami w zakresie, o którym mowa w art. 9 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 pkt 2, jest sprawowana w przypadku braku sprzeciwu rodziców albo pełnoletnich uczniów.

Administratorem danych osobowych podanych przez Pana/Panią w niniejszym formularzu jest Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Śródmieście” sp. z o. o. z siedzibą w Gdyni przy ul. Żwirki i Wigury 14, 81-394 Gdynia (wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sadowego pod numerem 0000111344, numer NIP: 5862054580). Szczegółowe informacje na temat przetwarzania danych osobowych znajdują się na stronie internetowej www.przychodnia.gdynia.pl w zakładce RODO.