

ZGODA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO NA LECZENIE STOMATOLOGICZNE DZIECKA W GABINECIE STOMATOLOGICZNYM W SZKOLE PODSTAWOWEJ NR 4 W RAWICZU

DANE DZIECKA: Imię i Nazwisko:
Adres:
PESEL:
Numer kontaktowy do rodzica/opiekuna prawnego:

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na wykonywanie czynności profilaktycznych u ww. dziecka, w szczególności przeglądów stomatologicznych wraz z instruktażem higieny jamy ustnej, higienizacji, fluoryzacji kontaktowej oraz lakowania zębów w gabinecie stomatologicznym w Szkole Podstawowej nr 4 w Rawiczu, w ramach kontraktu z NFZ.

.....
(podpis rodzica/opiekuna)

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na leczenie stomatologiczne ww. dziecka w gabinecie stomatologicznym w Szkole Podstawowej nr 4 w Rawiczu, pod moją nieobecność, przez cały okres odbywania przez nie obowiązku szkolnego w Szkole Podstawowej nr 4, w ramach kontraktu z NFZ, w następującym zakresie:

- skaling (usuwanie kamienia nazębnego),
- leczenie ubytków próchnicowych wraz z ich wypełnieniem materiałem glassjonomerowym/kompozytowym,
- znieczulenie miejscowe w przypadkach koniecznych,
- ekstrakcje zębów,
- pomoc doraźna w przypadkach bólowych.

.....
(podpis rodzica/opiekuna)

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

Choroby ogólne: Astma (tak/nie)*, Nadciśnienie (tak/nie)*, Cukrzyca (tak/nie)*, Układ krążenia (tak/nie)*, Choroby nerek (tak/nie)*, Choroby tarczycy (tak/nie)*, Epilepsja (tak/nie)*, Zaburzenia krzepnięcia krwi (tak/nie)*, Inne choroby (tak/nie)* - jakie?

Przyjmowane aktualnie leki:

Alergie (w tym na białko mleka krowiego):

Występowanie uczuleń na leki i środki znieczulające:

Oświadczam również, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji, co do stanu zdrowia dziecka. O wszelkich jego zmianach zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego.

Jednocześnie, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r., wyrażam zgodę na przetwarzanie przez NZOZ Przychodnia Lekarska „RAWMED” Sp. z o.o. danych osobowych dot. dziecka, wskazanych przeze mnie powyżej. Pełna klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych znajduje się na stronie www.rawmed.pl.

Niewłaściwe skreślić *

.....
(miejsowość, data, czytelny podpis)

Bardzo proszę w miarę możliwości o przychodzenie z dzieckiem na umówione wizyty, szczególnie w przypadkach bólowych.