Szkoła……………………………………

 Klasa……………...

 Data………………

**ZGODA RODZICA/OPIEKUNA**

**NA LECZENIE STOMATOLOGICZNE DZIECKA**

**W SZKOLNYM GABINECIE STOMATOLOGICZNYM**

**NA OKRES UCZĘSZCZANIA DZIECKA**

**DO SZKOŁY ……………………………………….…**

**DANE DZIECKA**:

Nazwisko: ……………………………………………………………………………………...

Imię: …………………………………………………………………………………………...

Adres: ………………………………………………………………………………………….

PESEL: ………………………………………………………………………………………...

**WYRAŻAM ZGODĘ NA PROFILAKTYKĘ DZIECKA ( PRZEGLĄD, FLUORYZACJA, LAKOWNIE, USUWANIE KAMIENIA NAZĘBNEGO I OSADU )**

TAK ( ) NIE ( )

**LECZENIE STOMATOLOGICZNE DZIECKA W SZKOLNYM GABINECIE STOMATOLOGICZNYM ( podstawowe zabiegi takie jak wypełnienia ubytków, znieczulenia, usuwanie zębów mlecznych)**

TAK ( ) NIE ( )

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

Wywiad: **(proszę zaznaczyć X )**

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

Inne …………………………………………………………………………………………………

Przyjmowane aktualnie leki: …………………………………………………………………………

……………..……………………………………………………………………………………….…

Występowanie uczuleń na leki i środki znieczulające: …………..…………………………………...

…………………………………………………..……………………………………………...............

……………………………

 Podpis rodzica/opiekuna