

Data,

Formularz ZGODY na badanie i profilaktykę stomatologiczną dziecka

**Gabinet Dentystyczny lek.stom Dorota Mazurek w Szkole Podstawowej nr 3 we
Włodawie, ul.Sierpińskiego 4, w ramach kontraktu z NFZ.**

Dane dziecka:

Nazwisko:.....

Imię:.....

Adres:.....

PESEL dziecka:.....

Dane rodzica:

Imię i nazwisko rodzica:.....

Nr telefonu:.....

ZGADZAM SIĘ NA przegląd jamy ustnej

TAK ()

NIE ()

ZGADZAM SIĘ NA PROFILAKTYKĘ poprzez usunięcie osadu nazębnego

TAK ()

NIE ()

ZGADZAM SIĘ NA PROFILAKTYKĘ poprzez lakierowanie zębów fluorem

TAK ()

NIE ()

ZGADZAM SIĘ NA PROFILAKTYKĘ -lakowanie zębów

TAK ()

NIE ()

Zgoda może być odwołana w sposób pisemny przez rodzica lub prawnego opiekuna dziecka. Po wykonaniu przeglądu poinformujemy pisemnie rodzica/opiekuna o potrzebach dalszego postępowania celem uzyskania Państwa zgody na leczenie.

Informacja zostanie Państwu przekazana przez wychowawcę, na zebraniu rodziców lub przez samo dziecko.

.....
Podpis rodzica/opiekuna