



ZGODA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO

Wyrażam zgodę na badanie stomatologiczne oraz leczenie profilaktyczne i zachowawcze uzębienia mojego dziecka w Nowodworskim Centrum Medycznym, w gabinecie stomatologicznym w Nowym Dworze Mazowieckim ul. Paderewskiego 7 w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Zgoda zawierana jest na okres trwania roku szkolnego 20..... / 20..... .

Prosimy o podanie NR PESEL dziecka, adresu zamieszkania oraz nr tel. kontaktowego do rodziców.

PESEL

Adres

Telefon

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

Wywiad: 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:

Zgoda może być odwołana w sposób pisemny przez rodzica lub opiekuna prawnego dziecka.

Oznajmiam, że zostałam/em poinformowana/y, iż badanie i czynności profilaktyczne będą wykonane bez obecności rodzica, podczas zajęć w terminie wcześniej uzgodnionym z Dyrekcją szkoły oraz w obecności nauczyciela.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2014, poz. 1182 j.t ze zm.) w zakresie koniecznym do realizacji programu zdrowotnego.

.....

Miejscowość, data, czytelny podpis