

.....
imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

.....
miejsowość i data

.....
PESEL

.....
Adres

.....
telefon

ZGODA
Wyrażam zgodę na korzystanie przez mojego syna/córkę

.....
Imię i nazwisko/ klasa

.....
PESEL

.....
Numer i seria dokumentu (legitymacja szkolna/dowód osobisty/akt urodzenia)

.....
Data wydania wyżej wymienionego dokumentu

.....
Data ważności wyżej wymienionego dokumentu

**z profilaktyki i leczenia w gabinecie stomatologicznym NZOZ WER-MED, mieszczącym się w Szkole.
Świadczenia będą udzielane bezpłatnie w ramach NFZ.**

1. Wyrażam zgodę na znieczulenie miejscowe:

TAK NIE

2. Wyrażam zgodę na fluoryzację :

TAK NIE

3. Wyrażam zgodę na opiekę nad dzieckiem w trakcie drogi z klasy do gabinetu lekarskiego i z powrotem przez asystentkę stomatologiczną lub pracownika szkoły:

TAK NIE

4. Przyjmowane przez dziecko leki.....

5. Uczulenie na leki.....

6. Choroby ogólnoustrojowe:

alergia nadciśnienie cukrzyca choroby tarczycy ciąża

epilepsja żółtaczka gruźlica choroby serca AIDS

inne choroby.....

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą i stanem faktycznym. Wszystkie zmiany stanu zdrowia mojego dziecka zobowiązuje się zgłosić przed planowaną wizytą stomatologiczną.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie ww. danych osobowych przez NZOZ WER-MED Krystyna Werner, ulica Parkowa 7:9, 58-200 Dzierżoniów w celu udzielenia świadczeń zdrowotnych. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o tym, że dane zbierane są przez w/w podmiot, o celu zbierania danych, dobrowolności ich podania, prawie wglądu, wnoszenia poprawek.

.....
Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego