

Data, .....

**WYRAŻENIE ZGODY RODZICA/OPIEKUNA  
NA LECZENIE STOMATOLOGICZNE DZIECKA  
W SZKOLNYM GABINECIE STOMATOLOGICZNYM**

**DANE DZIECKA:**

Nazwisko: .....

Imię: .....

Adres: .....

PESEL: .....

**WYRAŻAM ZGODĘ NA LECZENIE STOMATOLOGICZNE DZIECKA W SZKOLNYM GABINECIE  
STOMATOLOGICZNYM**

TAK ( )

NIE ( )

**ZGADZAM SIĘ NA PROFILAKTYKĘ (przeгляд oraz zabezpieczenie zębów fluorem)**

TAK ( )

NIE ( )

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: .....

.....

.....  
Podpis rodzica/opiekuna