

Data,

**WYRAŻENIE ZGODY RODZICA/OPIEKUNA
NA LECZENIE STOMATOLOGICZNE DZIECKA
W GABINECIE STOMATOLOGICZNYM
PCS „ART-DENT”**

DANE DZIECKA:

Nazwisko:

Imię:

Adres:

PESEL:

WYRAŻAM ZGODĘ NA WIZYTĘ DZIECKA W GABINECIE STOMATOLOGICZNYM

TAK ()

NIE ()

ZGADZAM SIĘ NA Przegląd jamy ustnej

TAK ()

NIE ()

ZGADZAM SIĘ NA PROFILAKTYKĘ poprzez usunięcie osadu nazębnego

TAK ()

NIE ()

ZGADZAM SIĘ NA PROFILAKTYKĘ poprzez zabezpieczenie zębów fluorem

TAK ()

NIE ()

ZGADZAM SIĘ NA PROFILAKTYKĘ -lakowanie zębów preparatem z fluorem

TAK ()

NIE ()

Zgoda zawierana jest na okres trwania roku szkolnego 2019/2020

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

Po wykonaniu przeglądu poinformujemy rodzica/opiekuna o potrzebach dalszego leczenia. Diagram zębowy i plan leczenia prześlemy Higienistce szkolnej.

.....
Podpis rodzica/opiekuna