

**ZGODA RODZICA/OPIEKUNA  
NA LECZENIE STOMATOLOGICZNE DZIECKA  
W SZKOLNYM GABINECIE STOMATOLOGICZNYM  
NA OKRES PRZEBYWANIA DZIECKA  
W BURSIE W ROKU SZKOLNYM .....**

**DANE DZIECKA:**

Nazwisko: .....

Imię: .....

Adres: .....

PESEL: .....

**WYRAŻAM ZGODĘ NA PROFILAKTYKĘ DZIECKA ( PRZEGLĄD, FLUORYZACJA,  
LAKOWNIE, USUWANIE KAMIENIA NAZĘBNEGO I OSADU )**

TAK ( )

NIE ( )

**LECZENIE STOMATOLOGICZNE DZIECKA W SZKOLNYM GABINECIE  
STOMATOLOGICZNYM ( podstawowe zabiegi takie jak wypełnienia ubytków, znieczulenia,  
usuwanie zębów mlecznych)**

TAK ( )

NIE ( )

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

Wywiad: **(proszę zaznaczyć X)**

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