

ZGODA RODZICA / OPIEKUNA NA LECZENIE STOMATOLOGICZNE DZIECKA
W SZKOLNYM GABINECIE STOMATOLOGICZNYM NA OKRES UCZĘSZCZANIA DZIECKA
DO SZKOŁY.....

DANE DZIECKA:

Imię

Nazwisko

Adres

Numer PESEL

WYRAŻAM ZGODĘ NA PROFILAKTYKĘ DZIECKA:

PRZEGLĄD
badanie stanu uzębienia TAK NIE

FLUORYZACJA
aplikacja lakieru z fluorem w celu wzmocnienia szkliwa i ochrony przed próchnicą TAK NIE

LAKOWANIE
pokrycie specjalnym materiałem - lakiem - bruzd znajdujących się na powierzchni zębów TAK NIE

USUWANIE OSADU I KAMIENIA NAZĘBNEGO
oczyszczanie powierzchni zębów za pomocą skalera ultradźwiękowego i pasty polerskiej 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 KRAŻENIA CHOROBA NEREK
 TARCZYCY EPILEPSJA ŻÓŁTACZKA PRZESZCZEP ZABURZENIA KRZEPNIĘCIA KRWI

Inne

Przyjmowane aktualnie leki

Występowanie uczuleń na leki i środki znieczulające

W związku z obecną sytuacją związaną z koronawirusem, chcielibyśmy zapewnić, że gabinet stomatologiczny działający w SP XVI został przygotowany zgodnie z zaleceniami postępowania przy udzielaniu świadczeń stomatologicznych w warunkach stanu epidemii COVID-19 w Polsce, wydanymi przez Ministerstwo Zdrowia dnia 15.07.2020.

Jestem świadomy istniejącego zagrożenia epidemiologicznego i zostałem poinformowany o istniejącym zagrożeniu zarażenia koronawirusem, mimo podjętych przez gabinet procedur i standardów zabezpieczenia pacjenta przed zarażeniem.

_____ data

_____ podpis

Oświadczam, że zostałem poinformowany/na, że Stomatologia Szkolna ul. Józefa Dietla 70 w Krakowie jest administratorem moich danych osobowych i przetwarza te dane w celu ochrony zdrowia, udzielania i zarządzania udzielania świadczeń zdrowotnych oraz w związku z utrzymaniem i zapewnieniem bezpieczeństwa systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, moje dane osobowe mogą być udostępniane podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa, mam prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, a obowiązek podania danych wynika z właściwych przepisów prawa, w szczególności ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta, ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy z dnia 28 kwietnia 2011r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

_____ data

_____ podpis