

STOMATOLOGIA SZKOLNA  
ul. Józefa Dietla 70, 31-039 Kraków  
REGON: 12066701000039 NIP: 6251447658  
Kod. Res. I: 000000256226 Kod Świad.: 061/201000  
Kod Res. V: 01 - STOMATOLOGIA SZKOLNA  
Kod Res. VII: 001 Kod. Res. VIII: 1800  
Szkolny gabinet stomatologiczny - SP 16  
ul. Józefa Dietla 70, 31-039 Kraków  
Tel. 604 325 519

**ZGODA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO  
NA LECZENIE STOMATOLOGICZNE DZIECKA  
POD NIEOBECNOŚĆ OPIEKUNA  
W SZKOLNYM GABINECIE STOMATOLOGICZNYM  
NA OKRES UCZĘSZCZANIA DZIECKA  
DO SZKOŁY VII LO w KRAKOWIE**

**DANE DZIECKA:**

Nazwisko: .....  
Imię: .....  
PESEL: .....  
Adres: .....  
Tel. kontaktowy: .....

**WYRAŻAM ZGODĘ NA UDZIELENIE DZIECKU ŚWIADCZEŃ:**

- <b>PRZEGLĄD</b> (badanie stanu uzębienia)	TAK ( )	NIE ( )
- <b>LAKOWANIE</b>	TAK ( )	NIE ( )
(zabezpieczenie profilaktyczne specjalnym materiałem – lakiem szczelinowym – bruzd znajdujących się na powierzchni zębów)		
- <b>USUWANIE OSADU I KAMIENIA NAZĘBNEGO</b>	TAK ( )	NIE ( )
(usunięcie złogów nazębnych - oczyszczanie powierzchni zębów za pomocą skalera ultradźwiękowego i pasty polerskiej)		
- <b>FLUORYZACJA / LAKIEROWANIE</b>	TAK ( )	NIE ( )
(leczenie próchnicy powierzchniowej/początkowej – aplikacja lakieru z fluorem przy pomocy microbrush'a w celu wzmocnienia/remineralizacji szkliwa i ochrony przed próchnicą)		

**POZOSTAŁE ZABIEGI STOMATOLOGICZNE W SZKOLNYM GABINECIE STOMATOLOGICZNYM DOSTĘPNE W RAMACH  
FINANSOWANIA Z NFZ**

(wypełnianie ubytków, znieczulenia, usuwanie zębów mlecznych, leczenie zmian na błonie śluzowej, założenie opatrunku leczniczego)

TAK ( )

NIE ( )

W przypadku wyrażenia zgody na pozostałe zabiegi wymagające ingerencji w tkankę zębową lub podanie znieczulenia, uprzejmie proszę o przekazanie informacji na temat dziecka:

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: .....

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/na, że poradnia Stomatologia Szkolna na Józefa Dietla 70 w Krakowie jest administratorem moich (oraz mojego dziecka) danych osobowych i przetwarza te dane w celu ochrony zdrowia, udzielania i zarządzania świadczeniami zdrowotnymi oraz w związku z utrzymaniem i zapewnianiem bezpieczeństwa systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, moje dane osobowe (oraz mojego dziecka) mogą być udostępniane podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa, mam prawo dostępu do treści swoich danych (oraz mojego dziecka) 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 finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy z dnia 28 kwietnia 2011r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

.....  
Data

.....  
Podpis rodzica/opiekuna prawnego

Prosimy o zwrot wypełnionej zgody do **4 dni** od otrzymania. Dziękujemy.