Poradnia Stomatologiczna
Przy Szkole Podstawowej nr 61
Ul. Popławskiego 17, 30-818 Kraków
Tel. 793 824 877

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

DANE DZIECKA:
Nazwisko: .....
Imię: .....
Adres: .....
PESEL: .....

WYRAŻAM ZGODĘ NA PROFILAKTYKĘ DZIECKA

- **PRZEGLĄD (badanie stanu uzębienia)** **TAK ( ) NIE( )**
- **FLUORYZACJA** **TAK ( ) NIE( )**
  (aplikacja lakieru z fluorem w celu wzmocnienia szkliwa i ochrony przed próchnicą)
- **LAKOWANIE** **TAK ( ) NIE( )**
  (pokrycie specjalnym materiałem – lakiem – bruzd znajdujących się na powierzchni zębów)
- **USUWANIE OSADU I KAMIENIA NAZĘBNEGO** **TAK ( ) NIE( )**
  (oczyszczanie powierzchni zębów za pomocą skalera ultradźwiękowego i pasty polerskiej)

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: .....

W związku z obecną sytuacją związaną z koronawirusem, chcielibyśmy zapewnić, że gabinet stomatologiczny działający w SP 61 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 rodzica/opiekuna prawnego

Oświadczam, że zostałem poinformowany/na, że poradnia Specjal Dent ul. Dunajewskiego 5 w Krakowie jest administratorem moich danych osobowych i przetwarza te dane w celu ochrony zdrowia, udzielania i zarządzania udzielania świadczeń zdrowotnych oraz w zawiązku 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 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 rodzica/opiekuna prawnego

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