**WYRAŻENIE ZGODY RODZICA/OPIEKUNA NA LECZENIE STOMATOLOGICZNE**

**DZIECKA W SZKOLNYM GABINECIE STOMATOLOGICZNYM**

**(na okres trwania nauki dziecka w szkole)**

**DANE DZIECKA**:

Nazwisko: …………………………………………………………………………………….................................

Imię: …………………………………………………………………………………………..................................

Adres: ………………………………………………………………………………………………………………

PESEL: ………………………………… TELEFON KONTAKTOWY ………………................................

**WYRAŻAM ZGODĘ NA LECZENIE STOMATOLOGICZNE DZIECKA W GABINECIE STOMATOLOGICZNYM – OBJĘTYM POROZUMIENIEM**

WYRAŻAM ZGODĘ (**TAK / NIE**)\* WYRAŻAM SPRZECIW (**TAK / NIE**)\* \*\*

**ZGADZAM SIĘ NA PROFILAKTYKĘ FLUOROWĄ (lakowanie, lakierowanie zębów)**

WYRAŻAM ZGODĘ **(TAK / NIE)\*** WYRAŻAM SPRZECIW **(TAK / NIE)\* \*\***

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

o dziecku:

**Wywiad**:

**Choroby ogólne**: Alergia (***TAK/NIE***)\*, Nadciśnienie (***TAK/NIE***)\*, Cukrzyca (***TAK/NIE***)\*, Układ krążenia (***TAK/NIE***)\*, Choroby nerek (***TAK/NIE***)\*, Choroby tarczycy (***TAK/NIE***)\*, Epilepsja (***TAK/NIE***)\*, Żółtaczka (***TAK/NIE***)\*, Przeszczep (***TAK/NIE***)\*, Zaburzenia krzepnięcia krwi (***TAK/NIE***)\*,

Inne, jakie? ……………………………………………………………………………………………………

Przyjmowane aktualnie leki: ……………..……………………………………………………………………………..

Występowanie uczuleń na leki i środki znieczulające: ………………..……………………………………………….

…………………………………………………..……………………………………………........................................

Data:………………….. Podpis rodzica/opiekuna prawnego ……………………………..

**\*TAK/NIE niepotrzebne skreślić**

**\*\*USTAWA z 12 kwietnia 2019r. Art.7. pkt. 2**

**Profilaktyczna opieka zdrowotna oraz opieka stomatologiczna nad uczniami w zakresie, o którym mowa w art. 9 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 pkt 2, jest sprawowana w przypadku braku sprzeciwu rodziców albo pełnoletnich uczniów.**

Administratorem danych osobowych podanych przez Pana/Panią w niniejszym formularzu jest Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Śródmieście” sp. z o. o. z siedzibą w Gdyni przy ul. Żwirki i Wigury 14, 81-394 Gdynia (wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sadowego pod numerem 0000111344, numer NIP: 5862054580). Szczegółowe informacje na temat przetwarzania danych osobowych znajdują się na stronie internetowej [www.przychodnia.gdynia.pl](http://www.przychodnia.gdynia.pl) w zakładce RODO.