

**WYRAŻENIE ZGODY RODZICA/OPIEKUNA NA LECZENIE STOMATOLOGICZNE  
DZIECKA W GABINECIE STOMATOLOGICZNYM**

**DANE DZIECKA:**

Nazwisko: .....

Imię: .....

Adres: .....

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

**WYRAŻAM ZGODĘ NA LECZENIE STOMATOLOGICZNE DZIECKA W GABINECIE  
STOMATOLOGICZNYM**

TAK ( )

NIE ( )

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

TAK ( )

NIE ( )

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

**Wywiad:** zaznaczyć tak/nie

**Choroby ogólne:** Alergia ( ), Nadciśnienie ( ), Cukrzyca ( ), Układ krążenia ( ),  
Choroby nerek ( ), Tarczycy ( ), Epilepsja ( ), Żółtaczka ( ), Przeszczep ( ),  
Zaburzenia krzepnięcia krwi ( ),

Inne, jakie? .....

Aktualnie przyjmowane leki: .....

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

.....

.....  
*data*

.....  
*podpis rodzica/opiekuna*

Pieczętka placówki oświatowej

Pieczętka gabinetu stomatologicznego