

DentalKids Marta Franczuk  
z siedzibą w Wejherowie,  
ul. Śmiechowska 36,  
Filia – Szkoła Podstawowa  
im. Jana Brzechwy,  
Orle, ul. Nadrzeczna 19.

Orle, data,.....

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

**DANE DZIECKA:**

Nazwisko: .....

Imię: .....

Adres: .....

PESEL: .....

**WYRAŻAM ZGODĘ NA LECZENIE STOMATOLOGICZNE W SZKOLNYM GABINECIE  
STOMATOLOGICZNYM OBEJMUJĄCE RÓWNIEŻ W PRZYPADKACH KONIECZNYCH ZNIECZULENIE  
MIEJSCOWE JAMY USTNEJ DZIECKA.**

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

Wywiad:

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

Inne .....

Przyjmowane aktualnie leki: .....

.....

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

.....

.....  
Podpis rodzica/opiekuna

**Załącznik umożliwiający wizytę u stomatologa dostępny jest również u Pani woźnej.**