

**WYRAŻENIE ZGODY RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO
NA LECZENIE STOMATOLOGICZNE DZIECKA
W SZKOLNYM GABINECIE STOMATOLOGICZNYM
W SP NR 4 W RAWICZU**

DANE DZIECKA:

Imię i Nazwisko:

Adres i klasa:

PESEL:

Numer kontaktowy:

Wyrażam zgodę /nie wyrażam zgody* na leczenie stomatologiczne w/w dziecka w **Gabiniecie Stomatologicznym w Szkole Podstawowej Nr 4 w Rawiczu ul. Broniewskiego 5** pod moją nieobecność, przez cały okres odbywania przez nie obowiązku szkolnego w I Liceum Ogólnokształcącym w Rawiczu, w tym na zabiegi w ramach kontraktu z NFZ:

- Skaling (usuwanie kamienia nazębnego),
- Opracowywanie ubytków próchnicowych wraz z wypełnieniem (mleczne zęby kompomerem – kolorowe wypełnienia lub glasjonomerem, stałe zęby kompozytem w odcieniu zęba),
- Znieczulenie zęba w przypadkach do tego koniecznych,
- Pomoc doraźna w przypadkach bólowych (dewitalizacja zęba, trepanacja martwych mleczaków, nacinanie ropni, ekstrakcja zęba)

.....
Podpis rodzica/opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na wykonywanie czynności profilaktycznych, w szczególności przeglądów stomatologicznych wraz z instruktażem higieny jamy ustnej oraz fluoryzacji kontaktowej w ramach kontraktu z NFZ.

W razie takiej konieczności upoważniam lekarza dentystę do przekazania informacji o stanie zdrowia dziecka Dyrektorowi Szkoły oraz wychowawcy klasy dziecka.