

Klasa:

SIMON NOWAK Stomatologia

ul. Widok 2B/16 - Teatralna 1

64-920 Piła

NIP: 7642702598

REGON: 387115134

.....
Pieczęć placówki oświatowej

.....
Pieczęć gabinetu stomatologicznego

WYRAŻENIE ZGODY RODZICA/OPIEKUNA NA OPIEKĘ STOMATOLOGICZNĄ UCZNIĄ

DANE:

Nazwisko:

Imię:

Adres:

PESEL:

TELEFON KONTAKTOWY RODZICA/OPIEKUNA:

WYRAŻAM ZGODĘ NA PROFIALKTYKĘ STOMATOLOGICZNĄ

(lakierowanie, leczenie próchnicy powierzchniowej zębów, impregnację zębiny)

TAK ()

NIE ()

Choroby ogólne: Alergia (), Nadciśnienie (), Cukrzyca (), Choroby nerek (), Choroby tarczycy (), Choroby układu krążenia (), Epilepsja/Padaczka (), Żółtaczka (), HIV/AIDS (), Zaburzenia krzepnięcia krwi ().

Inne, jakie?

Aktualnie przyjmowane leki:

Występowanie uczuleń na leki:

.....
miejsowość i data

.....
podpis rodzica/opiekuna

Instrukcja: Proszę o postawienie znaku krzyżyka w pustych nawiasach