

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 UCZNIĄ:

Nazwisko:

Imię:

Adres:

PESEL: TELEFON KONTAKTOWY:

WYRAŻAM ZGODĘ NA PROFILAKTYKĘ STOMATOLOGICZNĄ

(lakierowanie, leczenie próchnicy powierzchniowej zębów)

TAK ()

NIE ()

Choroby ogólne: Alergia (), Nadciśnienie (), Cukrzyca (), Choroby nerek (),
Tarczycy (), Układu krążenia (), Epilepsja/Padaczka (), Żółtaczką (),
Zaburzenia krzepnięcia krwi ().

Inne, jakie?

Aktualnie przyjmowane leki:

Występowanie uczuleń na leki:

.....
data

.....
podpis rodzica/opiekuna

Instrukcja:

Proszę o postawienie krzyżyka (x).