

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Centrum Stomatologii Szkolnej
ul. Szkolna 7
89-530 Śliwice
NIP: 561 132 65 78



ZGODA RODZICA/OPIEKUNA NA LECZENIE STOMATOLOGICZNE DZIECKA W CENTRUM STOMATOLOGII SZKOLNEJ

DANE DZIECKA:

Nazwisko:Imię:

Adres:.....

.....

PESEL:

TELEFON KONTAKTOWY

Wyrażam zgodę na profilaktykę (lakowanie, lakierowanie zębów) oraz leczenie stomatologiczne dziecka w Centrum Stomatologii Szkolnej w Śliwicach przez Panią dr. Iwonę Pachecką.

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 i podpis rodzica/opiekuna