

Data.....

**ZGODA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO NA LECZENIE STOMATOLOGICZNE DZIECKA
W GABINECIE STOMATOLOGICZNYM**

DANE DZIECKA:

Nazwisko:

Imię:

Adres:

PESEL:

**WYRAŻAM ZGODĘ NA BEZPŁATNĄ PROFILAKTYKĘ ORAZ LECZENIE STOMATOLOGICZNE DZIECI W GABINECIE
STOMATOLOGICZNYM W RAMACH UMOWY Z NFZ PRZEZ GABINET STOMATOLOGICZNY – AGNIESZKA MROZIEWSKA
Z SIEDZIBĄ W AUGUSTOWIE PRZY UL.ŚRÓDMIEŚCIE 31**

Tak ()

NIE ()

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

Wywiad:

Choroby ogólne: Alergia (). Cukrzyca (). Nadciśnienie (). Układ krążenia (). Choroba nerek (). Tarczycza (). Epilepsja ().
Żółtaczka (). Przeszczep (). Zaburzenie krzepnięcia krwi ().

Inne.....

Przyjmowane aktualnie leki:.....

Występowanie uczuleń na leki i środki znieczulające:

.....
Podpis rodzica/opiekuna

Uprawnieni mogą korzystać ze świadczeń w gabinecie dentystycznym w dniach:

- poniedziałek w godzinach 8.00 – 14.00
- wtorek w godzinach 13.00 – 19.00
- środa w godzinach 13.00 – 19.00
- czwartek w godzinach 12.00 – 18.00
- piątek w godzinach 8.00 – 14.00