

**FORMULARZ ZGODY NA OPIEKĘ STOMATOLOGICZNĄ DZIECKA W RAMACH
KONTRAKTU Z NFZ W**

Przychodni Stomatologicznej Joanna Lisek, ul. Reymonta 1A, 64-330 Opalenica

.....

Imię i nazwisko ucznia

.....

Pesel ucznia

Wyrażam zgodę:

- na wykonanie badań stomatologicznych,
- na wykonanie zabiegów profilaktycznych,
- wymianę informacji o stanie zdrowia uczniów w zakresie niezbędnym do realizacji opieki stomatologicznej, w szczególności zdrowia jamy ustnej między pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania albo higienistki szkolnej a lekarzem dentystą.

.....
Czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna

.....
Numer telefonu

.....
Adres email

Zgoda zawierana jest na okres trwania roku szkolnego 2021/2022. Zgoda może być odwołana w sposób pisemny przez rodzica lub prawnego opiekuna dziecka. Po wykonaniu przeglądu poinformujemy rodzica/opiekuna o potrzebach dalszego leczenia.