

Pieczętka szkoły

## ZGODA

na realizację opieki stomatologicznej w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia przez Warszawskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. na podstawie Porozumienia o współpracy z dnia 04.12. 2019 r. zawartego z M.ST. Warszawa.

### DANE DZIECKA:

Nazwisko: ..... Imię: ..... PESEL: .....

Adres: .....

**WYRAŻAM ZGODĘ NA LECZENIE STOMATOLOGICZNE DZIECKA na terenie Szkoły Podstawowej nr 382, ul. Konińska 2 w Warszawie.**

TAK ( )

NIE ( )

**ZGADZAM SIĘ NA PROFILAKTYKĘ (przegląd oraz zabezpieczenie zębów fluorem)**

TAK ( )

NIE ( )

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

Wywiad:

Choroby ogólne: Alergia ( ), Nadciśnienie ( ), Cukrzyca ( ), Układ krążenia ( ), Choroba nerek ( ), Tarczycy ( ), Epilepsja ( ), Żółtaczka ( ), Przeszczep ( ), Zaburzenia krzepnięcia krwi ( ),

Inne .....

Przyjmowane aktualnie leki: .....

Występowanie uczuleń na leki i środki znieczulające: .....

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna ..... tel: .....

\*Administratorem danych osobowych jest Warszawskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o., 02-018 Warszawa ul. Nowogrodzka 76, klauzula informacyjna dot. danych osobowych dostępna jest na stronie internetowej [www.wcz.waw.pl](http://www.wcz.waw.pl).

.....  
Podpis rodzica/opiekuna

Pieczętka szkoły

## ZGODA

na realizację opieki stomatologicznej w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia przez Warszawskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. (dalej: WCZ) na podstawie Porozumienia o współpracy z dnia 04.12. 2019 r. zawartego z M.ST. Warszawa.

### DANE DZIECKA:

Nazwisko: ..... Imię: ..... PESEL: .....

Adres: .....

**WYRAŻAM ZGODĘ NA LECZENIE STOMATOLOGICZNE DZIECKA na terenie Szkoły Podstawowej nr 382, ul. Konińska 2 w Warszawie.**

TAK ( )

NIE ( )

**ZGADZAM SIĘ NA PROFILAKTYKĘ (przegląd oraz zabezpieczenie zębów fluorem)**

TAK ( )

NIE ( )

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

Wywiad:

Choroby ogólne: Alergia ( ), Nadciśnienie ( ), Cukrzyca ( ), Układ krążenia ( ), Choroba nerek ( ), Tarczycy ( ), Epilepsja ( ), Żółtaczka ( ), Przeszczep ( ), Zaburzenia krzepnięcia krwi ( ),

Inne .....

Przyjmowane aktualnie leki: .....

Występowanie uczuleń na leki i środki znieczulające: .....

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna ..... tel: .....

\*Administratorem danych osobowych jest Warszawskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o., 02-018 Warszawa ul. Nowogrodzka 76, klauzula informacyjna dot. danych osobowych dostępna jest na stronie internetowej [www.wcz.waw.pl](http://www.wcz.waw.pl).

.....  
Podpis rodzica/opiekuna