

....., dnia.....

WYRAŻENIE ZGODY RODZICA/OPIEKUNA  
NA OBJĘCIE DZIECKA OPIEKĄ STOMATOLOGICZNĄ

DANE DZIECKA:

Nazwisko: .....

Imię: .....

Adres: .....

PESEL: .....

WYRAŻAM ZGODĘ NA OBJĘCIE DZIECKA OPIEKĄ STOMATOLOGICZNĄ ORAZ PROFILAKTYCZNĄ PRZEZ:

**OLK-MED Sp. z o.o. Obwód Lecznictwa Katowice ul. Dąbrowskiego 22, 40-032 Katowice**

TAK ( )

NIE ( )

.....  
Czytelny podpis rodzica/opiekuna

W związku z realizacją zapisów niniejszego Porozumienia Administratorem Danych Osobowych ww. dziecka jest OLK-MED Sp. z o.o. Obwód Lecznictwa Katowice ul. Dąbrowskiego 22, 40-032 Katowice e-mail :



**WYRAŻENIE ZGODY RODZICA/OPIEKUNA  
NA PROFILAKTYKĘ STOMATOLOGICZNA DZIECKA  
W OLK-MED Sp. z o.o.  
OBWÓD LECZNICTWA KATOWICE  
ul. Dąbrowskiego 22, 40-032 Katowice**

Zgoda zawierana jest na okres trwania roku szkolnego 2019/2020

**DANE DZIECKA:**

Nazwisko: .....

Imię: .....

Adres: .....

PESEL: .....

**WYRAŻAM ZGODĘ na przegląd jamy ustnej dziecka**

TAK ( )

NIE ( )

**WYRAŻAM ZGODĘ NA PROFILAKTYKĘ poprzez usunięcie osadu nazębnego**

TAK ( )

NIE ( )

**WYRAŻAM ZGODĘ NA PROFILAKTYKĘ  
poprzez lakierowanie zębów zabezpieczające przed próchnicą**

TAK ( )

NIE ( )

**WYRAŻAM ZGODĘ NA PROFILAKTYKĘ lakowanie zębów  
\*dotyczy zębów stałych dzieci do ukończenia 8 roku życia**

TAK ( )

NIE ( )

.....  
czytelny podpis rodzica/opiekuna

Zgoda może być odwołana w sposób pisemny przez rodzica lub prawnego opiekuna dziecka.  
Po zrealizowanej wizycie poinformujemy rodzica/opiekuna o potrzebach dalszego leczenia  
(Indywidualna karta profilaktycznego badania stomatologicznego ucznia).