

Klasa:

I LICEUM OGÓLNOKSZTAŁCĄCE
im. Marii Skłodowskiej-Curie w Piła
64-920 PIŁA, ul. W. Pola 11
tel. (067) 351 74 70 ②
ID 000242157 NIP 764-22-61-645

Simon
NOWAK
stomatologia

SIMON NOWAK Stomatologia

ul. E. Dembowskiego 4

64-920 Piła

NIP: 7642702598

REGON: 387115134

.....
Pieczęć placówki oświatowej

.....
Pieczęć gabinetu stomatologicznego

WYRAŻENIE ZGODY RODZICA/OPIEKUNA NA OPIEKĘ STOMATOLOGICZNĄ UCZNIA

DANE:

Nazwisko:

Imię:

Adres:

PESEL:

TELEFON KONTAKTOWY RODZICA/OPIEKUNA:

WYRAŻAM ZGODĘ NA PROFIALKTYKĘ STOMATOLOGICZNĄ

(lakierowanie, leczenie próchnicy powierzchniowej/początkowej, impregnację zębiny)

TAK ()

NIE ()

Choroby ogólne: Alergia (), Nadciśnienie (), Cukrzyca (), Choroby nerek (), Choroby tarczycy (), Choroby układu krążenia (), Epilepsja/Padaczka (), Żółtaczk (), HIV/AIDS (), Zaburzenia krzepnięcia krwi ().

Inne, jakie?

Aktualnie przyjmowane leki:

Występowanie uczuleń na leki:

.....
miejscowość i data

.....
podpis rodzica/opiekuna

Instrukcja: Proszę o postawienie znaku krzyżyka w pustych nawiasach