

Zgoda na leczenie profilaktyczne w szkolnym gabinecie stomatologicznym

Imię i nazwisko dziecka

PESEL

Wyrażam zgodę na leczenie profilaktyczne w szkolnym gabinecie stomatologicznym:

- 2x w roku przegląd jamy ustnej
- Co 3 miesiące lakierowanie wszystkich zębów stałych (mające na celu zapobieganie próchnicy zębów)
- Wykrywanie wad zgryzu
- Leczenie stomatologiczne w znieczuleniu
- Usuwanie zębów w znieczuleniu

.....
Data i podpis rodzica/ opiekuna prawnego