

WYRAŻENIE ZGODY RODZICA/OPIEKUNA NA LECZENIE STOMATOLOGICZNE DZIECKA W GABINECIE STOMATOLOGICZNYM

DANE DZIECKA:

Nazwisko:

Imię:

Adres:

PESEL: TELEFON KONTAKTOWY

WYRAŻAM ZGODĘ NA LECZENIE STOMATOLOGICZNE DZIECKA W GABINECIE STOMATOLOGICZNYM

TAK ()

NIE ()

ZGADZAM SIĘ NA PROFILAKTYKĘ FLUOROWĄ (lakowanie, lakierowanie zębów)

TAK ()

NIE ()

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

Wywiad: zaznaczyć tak/nie

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

Inne, jakie?

Aktualnie przyjmowane leki:

Występowanie uczuleń na leki i środki znieczulające:

.....

.....
data

.....
podpis rodzica/opiekuna

Administratorem danych osobowych podanych przez Pana/Panią w niniejszym formularzu jest Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Śródmieście” sp. z o. o. z siedzibą w Gdyni przy ul. Żwirki i Wigury 14, 81-394 Gdynia (wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000111344, numer NIP: 5862054580).

Szczegółowe informacje na temat przetwarzania danych osobowych znajdują się na stronie internetowej www.przychodnia.gdynia.pl w zakładce RODO.