

Oświadczenie rodzica/przedstawiciela ustawowego

Ja,.....
(imię i nazwisko rodzica/przedstawiciela ustawowego)

PESEL.....
(rodzica/przedstawiciela ustawowego)

zamieszkały.....
(adres: kod pocztowy, miasto, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Oświadczam, że: jestem rodzicem/przedstawicielem ustawowym

.....
(imię i nazwisko dziecka)

.....
(PESEL dziecka)

nr tel. kontaktowy rodzica/przedstawiciela
ustawowego:

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie stomatologicznych świadczeń profilaktycznych mojemu dziecku/osobie niepełnoletniej w mobilnym gabinecie stomatologicznym (Dentobusie).

Profilaktyka stomatologiczna obejmuje:

- badanie przeglądowe jamy ustnej – oznaczenie wskaźnika intensywności próchnicy, ocena poziomu higieny jamy ustnej, ocena stanu przyzębia, ocena zgryzu,
- indywidualny instruktaż w zakresie higieny jamy ustnej i zasad prawidłowego odżywiania.

Wyrażam zgodę na wykonanie lakierowania zębów w ramach świadczeń profilaktycznych:* TAK / NIE

Świadczenia profilaktyczne są finansowane ze środków publicznych w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

LUX MED sp. z o. o. 02-676 Warszawa ul. Postępu 21C oświadcza, iż dane osobowe podane w powyższym oświadczeniu nie będą udostępniane innym podmiotom oraz nie będą wykorzystywane w celach marketingowych.

.....
(data i czytelny podpis)

*zakreślić właściwe