

Lublin, dnia .....

## OŚWIADCZENIE

.....  
(imię i nazwisko opiekuna prawnego)

.....  
(adres, tel. kontaktowy)

1. Niniejszym **wyrażam świadomą zgodę** na leczenie stomatologiczne (w ramach umowy z NFZ) mojego dziecka:

**Imię i nazwisko** dziecka .....

**Nr PESEL** dziecka .....

w gabinecie stomatologicznym mieszczącym się **w Szkole Podstawowej Nr 42, ul. Rycerska 9, 20-552 Lublin.**

.....  
(czytelny podpis opiekuna prawnego)

2. **Nie wyrażam zgody** na leczenie stomatologiczne (w ramach umowy z NFZ) mojego dziecka (dane powyżej) w gabinecie stomatologicznym mieszczącym się **w w/w Szkole Podstawowej**. Zostałem poinformowany o skutkach zdrowotnych zaniechania leczenia.

.....  
(czytelny podpis opiekuna prawnego)

.....  
**Lublin, dnia** .....

### Zgoda przedstawiciela prawnego na profilaktykę próchnicy zębów u dziecka

1. **Wyrażam świadomą zgodę** na wykonywanie, w ramach umowy z NFZ, **profilaktyki próchnicy zębów (lakierowanie, lakowanie - preparatami zawierającymi fluor)** u mojego dziecka (dane powyżej) przez lekarza dentystę w gabinecie stomatologicznym mieszczącym się w Szkole Podstawowej Nr 42, ul. Rycerska 9, 20-552 Lublin.

.....  
(czytelny podpis opiekuna prawnego)

2. **Nie wyrażam zgody** na wykonywanie, w ramach umowy z NFZ, **profilaktyki próchnicy zębów (lakierowanie, lakowanie - preparatami zawierającymi fluor)** u mojego dziecka (dane powyżej) przez lekarza dentystę w gabinecie stomatologicznym mieszczącym się w w/w Szkole Podstawowej.

.....  
(czytelny podpis opiekuna prawnego)

### **UWAGA!**

**W przypadku braku pełnych danych dziecka i braku zgody na leczenie w w/w gabinecie stomatologicznym lub braku zgody na profilaktykę próchnicy zębów - świadczenie stomatologiczne nie zostanie udzielone.**