

<b>KLASA</b>	<b>NAZWISKO I IMIĘ</b>	<b>PESEL dziecka</b>	<b>Tel. Kontaktowy:</b>
			Dom
			Praca
			Komórka
Adres:			

**WYWIAD CHOROBY: (proszę zaznaczyć tak/nie)**

1.	ALERGIA (antybiotyki – jakie?, leki przeciwbólowe lub inne)	TAK	NIE
2.	CUKRZYCA		
3.	SKAZA KRWOTOCZNA		
4.	CHOROBA REUMATYCZNA		
5.	PODACZKA		
6.	ŻÓLTACZKA (WZW)		
7.	GRUŻLICA		
8.	NAWYKI (ssanie palca, zgrzytanie itp.)		
9.	INNE		
10.	Przyjmowane leki (w tym preparaty fluoru)		

**Zgoda na leczenie córki/syna w tutejszym Gabinetcie Stomatologicznym**

	Proszę wpisać TAK lub NIE
Leczenia zachowawcze zębów mlecznych i stałych (opatrunki i wypełnienia)	
Ekstrakcja zębów mlecznych (usunięcie)	
Znieczulenie do leczenia zachowawczego i ekstrakcji	
Leczenie kanałowe zębów mlecznych i stałych	
Fluoryzacja (lakierowanie preparatami fluorowymi)	
Lakowanie zębów stałych (zabezpieczenie)	
Badanie lekarskie stomatologiczne 1x na 3 miesiące	
Badanie lekarskie stomatologiczne w 5 roku życia	
Badanie lekarskie stomatologiczne w 6 roku życia	
Badanie lekarskie stomatologiczne w 7 roku życia	
Badanie lekarskie stomatologiczne w 10 roku życia	
Badanie lekarskie stomatologiczne w 12 roku życia	
Badanie lekarskie stomatologiczne w 13 roku życia	
Badanie lekarskie stomatologiczne w 16 roku życia	
Badanie lekarskie stomatologiczne w 18 roku życia	

W przypadku wątpliwości co do dalszego leczenia dziecka lub konieczności leczenia specjalistycznego, prosimy o kontakt z personelem 22 789-69-31 wew. 28

*Podane przez Państwa informacje są objęte tajemnicą lekarską. Wyrażam zgodę na przetwarzanie (przechowywanie, korzystanie) podanych danych osobowych (nazwisko, adres) w tutejszym Gabinetcie.*

.....  
Czytelny podpis i data