

KARTA STOMATOLOGICZNA

Imię i Nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....Ubezpieczenie.....

Do zasięgnięcia informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych upoważniam / nie upoważniam *	Imię i nazwisko, adres, telefon
Do uzyskania dokumentacji medycznej upoważniam / nie upoważniam *	Imię i nazwisko, adres, telefon
<p>Zgodnie z ustawą z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami wyrażam zgodę na wykonywanie świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia oraz wykonywania profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia - określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w części dotyczącej wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego dla dzieci i młodzieży, z wyłączeniem świadczeń ortodoncji</p> <p>Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. – RODO, wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka, w tym na przekazanie tych danych NZOZ EURODENT Agnieszka Cimochowska, z siedzibą główną w Suchowoli (16-150) przy ul. Szkolnej 1 lok. 46, w celu udzielania przez ten podmiot świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne.</p> <p>Mam prawo w dowolnym momencie wycofać powyższą zgodę. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.</p>	
Podpis rodzica/opiekuna prawnego.....Data.....	

*niepotrzebne skreślić

Badanie stomatologiczne jamy ustnej. Instrukcja higieny jamy ustnej.
 Błona
 śluzowa.....Higiena.....

 Węzły
 chłonne.....Zgryz.....

 Migdałki.....Dolegliwości ze strony innych układów i
 narządów.....

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V