PR-01-14 wyd. 1 z dnia 09.02.2012

**KARTA STOMATOLOGICZNA**

Imię i Nazwisko……………………………………………………………………………………………………........

Adres zamieszkania………………………………………………………………………………………………..........

PESEL………………………………………………………Ubezpieczenie………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| Do zasięgania 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 |
|  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  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 osobowychmojego 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.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. |
| Podpis rodzica/opiekuna prawnego ………………………………………………………Data…………………………………………...  |

\*niepotrzebne skreślić

**Badanie stomatologiczne jamy ustnej. Instruktaż 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** |