

Nazwa szkoły.....
Klasa

Zgodnie z art. 7 pkt.4 Ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 roku o opiece zdrowotnej nad uczniami, wyrażam zgodę na objęcie opieką stomatologiczną dziecka , którego jestem opiekunem prawnym, w obecności opiekuna szkolnego.

Celem opieki jest badanie stomatologiczne dziecka, informacja dla rodziców lub opiekuna prawnego jakiego leczenia stomatologicznego dziecko potrzebuje (plan leczenia) oraz, jeśli takie będzie zalecenie lekarza, higienizacja jamy ustnej.

Zakres opieki został określony w art.31 d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku 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.

Badanie odbędzie się w gabinecie w Gdańsku przy ulicy Romana Dmowskiego 9
prowadzonym przez firmę Gabinety SKIM sp. z o.o. , w roku szkolnym 2025/2026.

Dzieci będą edukowane w zakresie prawidłowej higieny jamy ustnej oraz prawidłowej diety.

Wszystkie świadczenia profilaktyki stomatologicznej w tym badanie stomatologiczne , oraz ewentualna fluoryzacja i lakierowanie zębów stałych zostaną wykonywane w ramach posiadanej umowy z NFZ czyli **bezpłatnie**. Dzieci otrzymają informację dla rodziców o stanie uzębienie i potrzebach stomatologicznych.

Planowany termin wizyty dzieci u stomatologa, rok szkolny **2025/2026**.

W celu skorzystania z wizyty stomatologicznej niezbędne jest podanie firmie Gabinety SKIM sp. z o.o. następujących danych dziecka : imienia i nazwiska , numeru pesel oraz adresu zamieszkania. **Dane osobowe zostaną wykorzystane wyłącznie w dokumentacji medycznej i systemie elektronicznym NFZ – eWUŚ.**

IMIĘ I NAZWISKO UCZNIA PEŁNOLETNIEGO	PESEL	ADRES ZAMIESZKANIA

Gdańsk, dnia

.....
(imię i nazwisko ucznia pełnoletniego)

.....
(podpis rodzica lub opiekuna prawnego)