

ZGODA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ STOMATOLOGICZNYCH DLA PRZEDSZKOLAKA

NFZ • BEZPŁATNIE

Zespół Szkół w Dąbrowsku | Dąbrowski 211, 37-100 Łańcut



DANE RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO I DZIECKA

Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego

PESEL rodzica / opiekuna prawnego

Imię i nazwisko dziecka

PESEL dziecka

Numer telefonu rodzica / opiekuna

Adres zamieszkania dziecka

Grupa przedszkolna

Przyjmowane leki oraz alergie na leki

ZGODA NA WYKONANIE ŚWIADCZEŃ

Wyrażam zgodę na objęcie wskazanego powyżej dziecka bezpłatną opieką stomatologiczną realizowaną w ramach NFZ przez Iron Hills Sp. z o.o. w gabinecie w Zespole Szkół w Dąbrowsku. W zależności od wyniku badania, wskazań i przeciwwskazań oraz oceny lekarza dentysty zgoda obejmuje:

- wizytę adaptacyjną, zapoznanie dziecka z gabinetem, personelem i podstawowymi czynnościami stomatologicznymi, bez przymusu wykonania zabiegu;
- badanie stomatologiczne oraz ocenę stanu zdrowia jamy ustnej i uzębienia;
- lakerowanie preparatami fluorkowymi, wykonywane nie częściej niż raz na 3 miesiące, zgodnie ze wskazaniami lekarza dentysty i w celu kontynuacji profilaktyki fluorkowej;
- lakowanie bruzd pierwszych i drugich zębów trzonowych stałych oraz profilaktyczne zabezpieczenie bruzd, zgodnie ze wskazaniami lekarza dentysty i zakresem świadczeń finansowanych przez NFZ;
- usuwanie miękkich i twardych złogów nazębnych, w tym osadu oraz kamienia nazębnego (skaliny);
- impregnowanie zębów mlecznych, jeżeli istnieją wskazania;
- leczenie próchnicy zębów mlecznych i stałych, obejmujące usunięcie tkanek zmienionych próchnicowo oraz założenie wypełnienia lub opatrunku;
- leczenie miazgi zębów mlecznych, jeżeli istnieją wskazania;
- leczenie doraźne zębów w razie bólu, stanu zapalnego, urazu lub obecności przetoki;
- usunięcie zęba mlecznego lub pozostawienie korzenia, jeżeli lekarz po badaniu stwierdzi wskazania;
- zastosowanie znieczulenia miejscowego, jeżeli będzie konieczne lub uzasadnione;
- leczenie zmian błony śluzowej jamy ustnej oraz chorób dziąseł i przyzębia;
- inne świadczenia stomatologiczne przysługujące dzieciom w ramach NFZ, odpowiednio do wieku dziecka, zgodnie ze wskazaniami medycznymi i obowiązującymi przepisami.

WAŻNE

Wykonanie poszczególnych świadczeń zależy od aktualnego stanu zdrowia dziecka, wyniku badania, wskazań, przeciwwskazań oraz oceny lekarza dentysty.

UWAGI RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO

Jeżeli nie wyrażają Państwo zgody na któreś z wymienionych świadczeń, prosimy wskazać je poniżej:

Brak zastrzeżeń w tym polu oznacza zgodę na wszystkie wymienione świadczenia.

DODATKOWA ZGODA NA ZABIEG

ZASADA POSTĘPOWANIA

Jeżeli konieczne będzie wykonanie zabiegu wymagającego odrębnej zgody, w szczególności zabiegu chirurgicznego, usunięcia zęba albo zastosowania określonej metody leczenia stwarzającej podwyższone ryzyko, rodzic lub opiekun prawni zostaną wcześniej poinformowani o rozpoznaniu, proponowanym sposobie leczenia, możliwych następstwach, ryzyku oraz dostępnych alternatywach. Zabieg zostanie wykonany dopiero po uzyskaniu wymaganej zgody. O konieczności uzyskania odrębnej zgody decyduje lekarz dentysta na podstawie rodzaju planowanego świadczenia i stanu zdrowia dziecka.

INFORMACJE DOTYCZĄCE LECZENIA

- Zostałem/am poinformowany/-a, że zakres leczenia każdorazowo ustala lekarz dentysta na podstawie wyniku badania stomatologicznego oraz aktualnych wskazań i przeciwwskazań medycznych.
- Rozumiem, że przed wykonaniem określonego świadczenia lekarz dentysta może przekazać dodatkowe informacje dotyczące proponowanego postępowania, możliwych następstw, ryzyka oraz konsekwencji zaniechania leczenia.
- Zostałem/am poinformowany/-a, że przy niektórych zabiegach może być konieczne zastosowanie znieczulenia miejscowego.
- Rozumiem, że udzielona zgoda może zostać cofnięta w całości lub w odniesieniu do określonego świadczenia przed jego wykonaniem.
- Zostałem/am zapoznany/-a z procedurami wykonywanych świadczeń.

COFNIĘCIE ZGODY

Zgodę można cofnąć w dowolnym momencie przed wykonaniem danego świadczenia. Oświadczenie można przekazać w gabinecie, za pośrednictwem przedszkola albo na adres e-mail ironhills@op.pl. Dla identyfikacji należy podać imię i nazwisko rodzica lub opiekuna oraz imię i nazwisko dziecka.

INFORMACJA O DANYCH OSOBOWYCH

Administratorem danych osobowych jest Iron Hills Sp. z o.o., ul. Księcia Witolda 49/15, 50-220 Wrocław. Dane są przetwarzane w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, prowadzeniem dokumentacji medycznej oraz realizacją obowiązków prawnych podmiotu leczniczego. Szczegółowa informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych jest dostępna w gabinecie stomatologicznym w Zespole Szkół w Dąbrowsku lub na prośbę rodzica może zostać przesłana e-mailem.

PYTANIA I KONTAKT

Pytania dotyczące zgody, zakresu świadczeń lub organizacji leczenia można kierować:

tel. 884 884 408 ironhills@op.pl

Miejscowość

Data

Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego