



Administratorem Państwa danych osobowych jest właściwy rzeczowo podmiot z grupy Tommed. Obowiązek informacyjny spełniony został za pośrednictwem strony internetowej administratora w zakładce RODO oraz w siedzibie administratora na rejestracjach.

Druk nr 2027 wersja nr 1

Załącznik do *Porozumienia*

Data, .....

**WYRAŻENIE ZGODY RODZICA/OPIEKUNA  
NA OBJĘCIE DZIECKA OPIEKĄ STOMATOLOGICZNĄ**

**DANE DZIECKA:**

Nazwisko: .....

Imię: .....

Adres: .....

PESEL: .....

**WYRAŻAM ZGODĘ NA OBJĘCIE DZIECKA OPIEKĄ STOMATOLOGICZNĄ ORAZ PROFILAKTYCZNĄ PRZEZ**

**Centrum Medyczne Tommed Sp. z o.o. Ośrodek Diagnostyki Sp. k., 40-662 Katowice, ul. Fredry 22**

TAK ( )

NIE ( )

W przypadku wyrażenia zgody na leczenie stomatologiczne dziecka uprzejmie proszę o przekazanie informacji o dziecku:

Wywiad:

Choroby ogólne: Alergia ( ), Nadciśnienie ( ), Cukrzyca ( ), Układ krążenia ( ), Choroba nerek ( ),  
Tarczycy ( ), Epilepsja ( ), Żółtaczką ( ), Przeszczep ( ), Zaburzenia krzepnięcia krwi ( ),

Inne:

.....

Przyjmowane aktualnie leki:

.....

Występowanie uczuleń na leki i środki znieczulające:

.....

.....  
Podpis rodzica/opiekuna