

## ZGODA NA ZABIEG PROFILAKTYCZNY

Formularz zgody na badania i profilaktykę stomatologiczną dziecka w Klinice Stomatologicznej „City Dental”, ul. Jarząbka 22 w Piasecznie.

.....  
*Imię i nazwisko dziecka*

.....  
*Data urodzenia*

.....  
*Pesel*

.....  
*Adres zamieszkania*

Wyrażam zgodę na:

- wykonanie przeglądu (na podstawie którego zostanie sporządzony diagramem obrazujący zakres leczenia)
- wykonanie zabiegów profilaktycznych - fluoryzacja; (przeгляд i zabiegi profilaktyczne wykonywane są na mocy umowy pomiędzy Kliniką stomatologiczną „City Dental” ul. Jarząbka 22 w Piasecznie a Narodowym Funduszem Zdrowia (tzn. bezpłatnie dla Pacjenta)
- przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 (RODO) przez Klinikę Stomatologiczną „City Dental” ul. Jarząbka 22 w Piasecznie, w celu udzielenia przez ten podmiot świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia stomatologicznego. Podanie danych jest dobrowolne. Poinformowano mnie, że przysługuje mi prawo dostępu do swoich danych, możliwości ich poprawienia, żądania zaprzestania ich przetwarzania.

Podstawa prawna: Ustawa o opiece zdrowotnej nad uczniami z dnia 12.04.2019 r., Ustawa z dnia 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Zgoda udzielana jest na okres trwania roku szkolnego 2020/2021 i 2021/2022.

Zgoda może być odwołana w sposób pisemny przez rodzica lub prawnego opiekuna dziecka. Po wykonaniu przeglądu poinformujemy rodzica/opiekuna o potrzebach dalszego leczenia. Diagram zębowy i plan leczenia prześlemy pisemnie za pośrednictwem Szkoły.

.....  
*Czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna*

.....  
*Numer telefonu*

.....  
(miejsowość, data)

## **INFORMACJA DLA RODZICÓW**

Fluoryzacja kontaktowa polega na bezpośrednim kontakcie szkliwa zębów wyrżniętych ze środkami zawierającymi fluor, takimi jak płukanki, pasty do zębów, żele i lakiery. Preparaty te różnią się od siebie postacią, konsystencją, sposobem aplikacji i stężeniem w nich fluoru. W gabinecie stomatologicznym lekarz używa preparatów o wysokim stężeniu.

Fluoryzacja polega na pokryciu zębów żelem lub lakierem fluorkowym. Zawarty w preparatach fluor jest wbudowywany w szkliwo zębów, co zwiększa ich ochronę przed próchnicą. Zaletą preparatów stosowanych w gabinetach jest ich dłuższe utrzymywanie się na powierzchni zębów, a przez co długotrwałe uwalnianie fluoru bezpośrednio do szkliwa.

### **Postępowanie po zabiegu:**

1. Przez godzinę bezpośrednio po zabiegu należy powstrzymać się od jedzenia i picia.
2. W dniu zabiegu nie należy pić kwaśnych soków i napoi gazowanych oraz jeść cytrusów. Owoce cytrusowe, słodkie soki owocowe sprzyjają powstawaniu kwasów i mogą zaburzać działanie fluoru.
3. Po zabiegu nie należy używać płukanek do ust przez 12 h.
4. Po zabiegu nie można myć zębów przez 12 h.
5. W przypadku fluoryzacji lakierem powinno się również unikać pokarmów o twardej konsystencji przez 12 h.
6. Fluoryzację zaleca się wykonywać u dorosłych raz w roku, a u dzieci co 3 – 6 miesięcy w zależności od podatności na próchnicę.
7. Wizyty kontrolne u dzieci powinny odbywać się co 3 miesiące, a u dorosłych co 6 miesięcy.