



BRISTOL-BURLINGTON HEALTH DISTRICT

240 Stafford Avenue, Bristol, CT 06010

Tel. 860-584-7682 • Fax. 860-584-3814 • www.bbhd.org

DENTYSTYCZNY PROGRAM SZKOLNY PRZEDSZKOLE –8
Formularz zgody/Rok szkolny 2018 - 2019

Drodzy Rodzice/ Opiekunowie:

W ramach Szkolnych Usług Zdrowotnych, Bristol-Burlington Health District (BBHD) oferuje **bezpłatny** program opieki dentystycznej. Z Twoją zgodą aby zapisać dziecko w tym programie, on / ona otrzyma badania stomatologiczne dane przez naszą szkolną higienistę/kę (RDH). Dodatkowo, ten/ta higienista/ka zapewni czyszczenie stomatologiczne w miarę potrzeb. Zachęcamy do zapisania dziecka w tym programie, nawet jeśli mają one stałego dentystę. Badania pokazują, że małe dzieci mogą w znacznym stopniu korzystać z opieki ustnej przekazanej przez cały rok.

Istotne jest, że posiadamy aktualne informacje dziecka, dzięki czemu możemy zapewnić najlepszą możliwie higienę jamy ustnej i jesteśmy w stanie skontaktować się z Tobą w razie nagłych zagrożeń zdrowia. Rodzice dzieci uczestniczących w Dentystycznym Programie Szkolnym **MUSZA** wypełnić ten formularz zgody każdego roku szkolnego.

Imię Ucznia: _____ Data Urodzenia: ____/____/____

Adres Ucznia: _____

Imiona rodziców/ opiekunów prawnych: _____

Numer telefonu rodziców/ opiekunów prawnych: _____

Klasa dziecka: _____ Nauczyciel: _____ Czy dziecko ma dentystę? Tak__ Nie__

Dentysta dziecka: _____ Ostatnia wizyta u dentysty__/_/____

Zakreśl rodzaj ubezpieczenia dentystycznego dziecka: **Prywatne / Husky / Nie ma ubezpieczenia**

Aktualne problemy **zdrowotne** (szmer serca, chirurgii, alergie, itd.):

(Jeśli potrzeba więcej miejsca, prosze pisać na drugiej stronie)

Aktualne problemy **stomatologiczne** (tj aparat ortodontyczny, ekstrakcje, chirurgia, itd.):

Proszę zakreślić jedną z następujących:

DAJĘ / NIE DAJĘ zgody aby moje dziecko otrzymało czyszczenie stomatologiczne i / lub analizę zębów przez higienistę/kę szkolną.

Podpis Rodzica/ Opiekuna Prawnego

Data

Z jakimikolwiek pytaniami, prosimy o kontakt z higienistą/ką szkolną.

***** Proszę ZWRÓCIĆ ten formularz do Pokoju Zdrowia Szkoły. Dziękuję.**