Uwaga rodzice !

Gmina Miejska Hajnówka podpisała aneks do porozumienia zawartego w roku 2019 z Panią Aleftyną Tomaszuk prowadzącą Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej DENTOM Przychodnia Stomatologiczna w Hajnówce przy ul. Piłsudskiego 10/44 na udzielanie do dnia 31.12.2022 r. świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia stomatologicznego dla dzieci i młodzieży uczęszczających do Szkoły Podstawowej Nr 1 im. Janusza Kusocińskiego w Hajnówce.

Zakres świadczeń udzielanych uczniom to:

1/ świadczenia ogólnostomatologiczne do ukończenia 18 roku życia,
2/ profilaktyczne świadczenia stomatologiczne do ukończenia 19 roku życia – określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31 d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w części dotyczących wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego dla dzieci i młodzieży, z wyłączeniem świadczeń ortodoncji,
3/ współpraca lekarza dentysty z pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania albo higienistką szkolną oraz dyrektorem szkoły w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia jamy ustnej oraz profilaktyki próchnicy zębów uczniów.

Informujemy, że uczeń zostanie objęty świadczeniami ogólnostomatologicznymi, wyłącznie po wyrażeniu przez rodzica pisemnej zgody, którą powinien złożyć w powyższym gabinecie stomatologicznym, podczas pierwszej wizyty.

W załączeniu druk zgody.

Zgoda na objęcie ucznia opieką stomatologiczną

Ja, niżej podpisana (-y) …….
(imię i nazwisko pełnoletniego ucznia lub opiekuna prawnego ucznia małoletniego)

wyrażam zgodę na objęcie opieką stomatologiczną, pozostającej (-ego) pod moją opieką

……
(imię i nazwisko ucznia małoletniego i PESEL)

Ucznia/uczennicy Szkoły Podstawowej Nr 1 w Hajnówce, przez gabinet stomatologiczny Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej DENTOM Przychodnia Stomatologiczna w Hajnówce, przy ul. Piłsudskiego 10/44,
Prowadzony przez Panią Aleftynę Tomaszuk

WYRAŻAM ZGODĘ NA:

1. świadczenia ogólnostomatologiczne – TAK/NIE *

WYRAŻAM SPRZECIW NA:

1. profilaktyczne świadczenia stomatologiczne – TAK/NIE *

……..
(Data i miejscowość)

……
(Czytelny podpis opiekuna lub pełnoletniego ucznia)

***proszę zaznaczyć w kółku, wybraną przez Panią / Pana opcję TAK czy NIE**