



NZOZ PRZYCHODNIA LEKARSKA „RAWMED” SP. Z O.O.
63-900 Rawicz, ul. Piłsudskiego 3, tel/(065) 546-12-91 fax/ 065 546 1292 NIP 699-18-24-359

Rawicz dn. 02.09.2026

Starostwo Powiatowe w Rawiczu
ul. Rynek 17
63 – 900 Rawicz

Zarząd NZOZ Przychodni Lekarskiej „RAWMED” Sp. z o.o. w Rawiczu w związku z zawarciem Porozumienia z Powiatem Rawickim w sprawie sposobu organizacji udzielania świadczeń stomatologicznych z zakresu:

- 1) Świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia
- 2) Profilaktycznego świadczenia stomatologicznego dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19 roku życia – określone w przepisach wydanych na podst. art.31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w części dotyczącej wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego dla dzieci i młodzieży, z wyłączeniem świadczeń ortodoncji.

Przesyła następujące informacje z prośbą o przekazanie do szkół:

Opieka stomatologiczna nad uczniami będzie realizowana w Gabinetzie Stomatologicznym w SP Nr 4 w Rawiczu ul. Broniewskiego 5. W załączeniu przekazujemy harmonogram wizyt (**obowiązujący do 30.09.2026 r.**) oraz wzory druków do wypełnienia przez rodziców/opiekunów prawnych oraz pełnoletnich uczniów.

Podajemy numery do kontaktu telefonicznego celem organizacji i umówienia wizyt uczniów w Gabinetzie Stomatologicznym : **65 546 30 03, 793 062 802.**

W przypadku pytań lub wątpliwości prosimy o kontakt pod numerem telefonu 504 347 626

Z poważaniem

NZOZ PRZYCHODNIA LEKARSKA
„RAWMED” Sp. z o.o.
Dyrektor
Marzena Pałasz
Marzena Pałasz

**HARMONOGRAM WIZYT DZIECI I MŁODZIEŻY
W GABINECIE STOMATOLOGICZNYM W SP NR 4
W RAWICZU UL. BRONIEWSKIEGO 5
Tel. 65 546 30 03 , 793 062 802**

ŚRODA 09.30 – 12.30

**W przypadku bólu zęba lub innej nagłej sytuacji uczniowie, którzy
nie ukończyli 19 r.ż. mogą zgłaszać się
w godzinach przyjęć Gabinetu:**

WTOREK 08.00 – 14.00

ŚRODA 08.00 – 14.00

CZWARTEK 12.00 – 18.00

ZGODA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO NA LECZENIE STOMATOLOGICZNE DZIECKA W GABINECIE STOMATOLOGICZNYM W SZKOLE PODSTAWOWEJ NR 4 W RAWICZU

DANE DZIECKA: Imię i Nazwisko:
Adres:
PESEL:
Numer kontaktowy do rodzica/opiekuna prawnego:

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na wykonywanie czynności profilaktycznych u ww. dziecka, w szczególności przeglądów stomatologicznych wraz z instruktażem higieny jamy ustnej, higienizacji, fluoryzacji kontaktowej oraz lakowania zębów w gabinecie stomatologicznym w Szkole Podstawowej nr 4 w Rawiczu, w ramach kontraktu z NFZ.

.....
(podpis rodzica/opiekuna)

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na leczenie stomatologiczne ww. dziecka w gabinecie stomatologicznym w Szkole Podstawowej nr 4 w Rawiczu, pod moją nieobecność, przez cały okres odbywania przez nie obowiązku szkolnego w Szkole Podstawowej nr 4, w ramach kontraktu z NFZ, w następującym zakresie:

- skaling (usuwanie kamienia nazębnego),
- leczenie ubytków próchnicowych wraz z ich wypełnieniem materiałem glassjonomerowym/kompozytowym,
- znieczulenie miejscowe w przypadkach koniecznych,
- ekstrakcje zębów,
- pomoc doraźna w przypadkach bólowych.

.....
(podpis rodzica/opiekuna)

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

Choroby ogólne: Astma (tak/nie)*, Nadciśnienie (tak/nie)*, Cukrzyca (tak/nie)*, Układ krążenia (tak/nie)*, Choroby nerek (tak/nie)*, Choroby tarczycy (tak/nie)*, Epilepsja (tak/nie)*, Zaburzenia krzepnięcia krwi (tak/nie)*, Inne choroby (tak/nie)* - jakie?

Przyjmowane aktualnie leki:

Alergie (w tym na białko mleka krowiego):

Występowanie uczuleń na leki i środki znieczulające:

Oświadczam również, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji, co do stanu zdrowia dziecka. O wszelkich jego zmianach zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego.

Jednocześnie, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r., wyrażam zgodę na przetwarzanie przez NZOZ Przychodnia Lekarska „RAWMED” Sp. z o.o. danych osobowych dot. dziecka, wskazanych przeze mnie powyżej. Pełna klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych znajduje się na stronie www.rawmed.pl.

Niewłaściwe skreślić *

.....
(miejscowość, data, czytelny podpis)

Bardzo proszę w miarę możliwości o przychodzenie z dzieckiem na umówione wizyty, szczególnie w przypadkach bólowych.