

Nazwisko i imię dziecka:

Klasa

Szanowni Państwo, w trosce o zdrowie Państwa dziecka/ podopiecznego zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na uczestnictwo Państwa dziecka/podopiecznego w programie grupowej profilaktyki fluorkowej. Próchnica zębów jest najczęstszą występującą w społeczeństwie zdrowym u dzieci i młodzieży szkolnej. Na podstawie wieloletnich badań wykazano, że regularnie nadzorowane szczotkowanie zębów przez kilka lat zmniejsza częstość występowania próchnicy zębów o 30%. Zaliczając do najważniejszych elementów edukacji zdrowotnej, gdyż umożliwiając uczniom nabycie umiejętności prawidłowego czyszczenia zębów. Grupowa profilaktyka fluorkowa należy do zadań pielęgniarstwa szkolnego. Klóra wykonuje ją w klasach I-VI, 6 razy w roku, w odstępach co ok. 6 tygodni. Świadczenie realizowane jest w szkole znajdującej się na obszarze, gdzie poziom fluorków w wodzie pitnej nie przekracza wartości 1 mg/l. Stan faktyczny wartości fluorków w wodzie pitnej uprzednio potwierdził PSS we Wrocławiu (przed rozpoczęciem każdego roku szkolnego). Podstawa prawna: Rozp. MZ z dn. 22 grudnia 2004 r. w sprawie zakresu i wartości profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą /Dz.U.04.282.2814 z późniejszymi zmianami/. Warto skonsultować swoją decyzję z lekarzem dentystą opiekującym się dzieckiem do tej pory. Uwaga! W przypadku rezygnacji z udziału w programie Fluoryzacji należy dostarczyć oświadczenie o rezygnacji na piśmie bezpośrednio do Centralnego Pielęgniarskiego.

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody na uczestnictwo mojego dziecka/podopiecznego w programie grupowej profilaktyki fluorkowej w czasie 6-letniego toku nauki w placówce. (zaznaczyć właściwe)

Czytelny podpis Rodzica/Opiekuna:

Data

Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania WTA MŁCDS