

# Vyjadrenie súhlasu na aplikáciu fluoridového laku



## O programe Childsmile

Childsmile je národný program s cieľom zlepšiť dentálne zdravie detí v Škótsku. V tejto časti programu Childsmile vyškolená zdravotná sestra dvakrát do roka v škôlke alebo v škole aplikuje fluoridový lak na zuby dieťaťa. Fluoridový lak je svetložltý gél, ktorý poskytuje dodatočnú ochranu zubov pred zubným kazom.

Rodič alebo opatrovník vyplní Vyjadrenie súhlasu na tomto tlačive, aby dieťa mohlo dostať fluoridový lak. Následne vás budeme dvakrát do roka kontaktovať, aby sme aktualizovali lekárske záznamy dieťaťa a osobné údaje.

Ak chcete viac informácií o fluoridovom laku, oskenujte tento QR kód a navštívte stránku [childsmile.nhs.scot](http://childsmile.nhs.scot)



## Potrebujete pomoc pri hľadaní zubára?

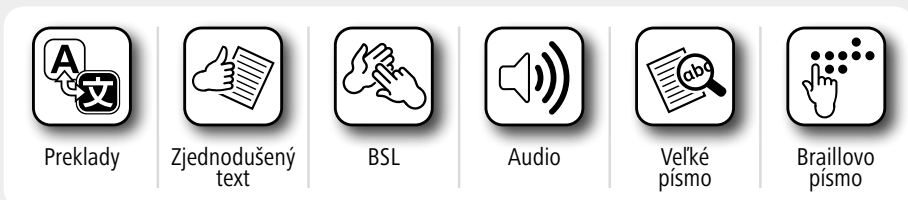
Oskenujte QR kód alebo navštívte [nhsinform.scot/scotlands-service-directory/dental-services](http://nhsinform.scot/scotlands-service-directory/dental-services)



## Po aplikácii laku

- Dieťaťu nedávajte fluoridové kvapky alebo tabletky dva dni po aplikácii fluoridového laku. Potom pokračujte podľa pokynov.
- Dieťa by malo jesť mäkké potraviny po zvyšok dňa, aby fluoridový lak zostal na zuboch dlhšie.
- Aplikácia fluoridového laku v škole alebo škôlke je dodatočná k aplikáciám laku v zubnej ambulancii.

Toto tlačivo nájdete online na [childsmile.nhs.scot](http://childsmile.nhs.scot)



Viac informácií, vrátane rôznych formátov a informácií v iných jazykoch nájdete na:

@ [p.h.s.otherformats@p.h.s.scot](mailto:p.h.s.otherformats@p.h.s.scot)

0131 314 5300

Public Health Scotland je škótska národná agentúra pre zlepšenie a ochranu telesného a duševného zdravia ľudí v Škótsku.

### OGL

Túto publikáciu je možné opätovne použiť na základe licencie Open Government Licence v3.0. Viac informácií nájdete na [www.publichealthscotland.scot/ogl](http://www.publichealthscotland.scot/ogl)

# Fluoride varnish consent form

Name of nursery/school

Class (please indicate which)

Nursery

Primary class (P1–P7)

Full name of child

(If child is known by any name other than their first name, please make this clear.)

Address

Postcode:

Date of birth

Daytime tel. no.

**It is important that you answer the questions, sign and date this form**

Need help completing this form? Scan this QR code or visit [childsmile.nhs.scot/contact-us](https://childsmile.nhs.scot/contact-us)



1. I would like my child to have fluoride varnish applied twice a year.  Yes  No

2. Does your child have any allergies (especially sticking plaster)?  Yes  No  
If yes, please go to **Question 3**, if no go to **Question 5**.

3. What are they allergic to?

4. Has your child been kept in hospital due to allergies?  Yes  No

If yes, please provide date when kept in hospital

5. Has your child been kept in hospital due to asthma?  Yes  No

If yes, please provide date when kept in hospital

I confirm I have parental responsibility for the above child and have read and understood this information.

Signature of parent/  
legal guardian

Print name

Date

**For office use:**

Allergies? Yes  No  Hospitalised (allergies)? Yes  No  Hospitalised (asthma)? Yes  No

Apply varnish? Yes  No

Print name \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_