

CANIATÂD RHIENI AR GYFER TRINIAETH FRYS

Enw'r Plentyn: _____

Dyddiad Geni: _____

Unrhyw gyflyrau sy'n gofyn am driniaeth feddygol, gan gynnwys meddyginiaeth:

OES/NAC OES

Os oes, rhowch fanylion:

Ydy eich mab/merch yn alergaidd i unrhyw feddyginiaeth? **YDYW/NAC YDYW**

Os ydyw, rhowch fanylion:

Pryd y cafodd eich mab/merch bigiad tetanws ddiwethaf? _____

Ydyw eich mab/merch wedi derbyn pob imiwneiddiad y dylai fod wedi eu derbyn hyd yma?

YDYW/NAC YDYW

Os nad ydyw, manylwch:

DATGANIAD

Cytunaf i'm mab/merch dderbyn meddyginiaeth fel ag a cyfarwyddwyd ac unrhyw driniaeth ddeintyddol, feddygol neu lawfeddygol, gan gynnwys anesthetig neu drallwysiad gwaed, fel ag y tybir yn angenrheidiol gan yr awdurdodau meddygol fydd yn bresennol.

Rhifau Ffôn Cyswllt:

Cartref: _____ Gwaith: _____

Cyfeiriad Cartref: _____

Cyswllt Arall Mewn Argyfwng:

Enw: _____ Ffôn: _____

Cyfeiriad Cartref: _____

Perthynas â'r plentyn: _____

Enw'r Meddyg Teulu: _____ **Ffôn:** _____

Cyfeiriad: _____

Arwyddwyd: _____ **Dyddiad:** _____