

UPOWAŻNIENIE DO LECZENIA STOMATOLOGICZNEGO MAŁOLETNIEGO

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO / OPIEKUNA PRAWNEGO:

Imię i nazwisko:

PESEL: Numer telefonu do kontaktu w trakcie wizyty:

Dokument tożsamości (nazwa): Seria i nr:

Oświadczam, że posiadam pełnię praw rodzicielskich / jestem opiekunem prawnym* pacjenta:

DANE PACJENTA MAŁOLETNIEGO:

Imię i nazwisko:

PESEL:Data urodzenia:.....

3. OSOBA UPOWAŻNIONA: Niniejszym upoważniam:

1.
(imię, nazwisko, PESEL, nr dowodu osobistego)

2.
(imię, nazwisko, PESEL, nr dowodu osobistego)

4. ZAKRES UPOWAŻNIENIA: Upoważniam ww. osobę/osoby do:

1. Podejmowania wszelkich decyzji dotyczących stanu zdrowia małegoletniego w zakresie ambulatoryjnego leczenia stomatologicznego (w tym do wyrażania zgody na zabiegi diagnostyczne i lecznicze).
2. Uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.
3. Obecności podczas udzielania świadczeń zdrowotnych i dokonywania płatności w imieniu i na rzecz Rodzica.

5. ZOBOWIĄZANIA I OŚWIADCZENIA:

1. Upoważnienie nie może być przenoszone na inne osoby.
2. Upoważnienie jest ważne aż do odwołania (odwołanie wymaga formy pisemnej).
3. Jednocześnie zobowiązuję się:
 - Do pokrycia wszystkich kosztów związanych z przeprowadzeniem badania lekarskiego lub udzieleniem wskazanego świadczenia medycznego.
 - Do osobistego kontrolowania przebiegu wizyt (bezpośrednio na recepcji lub poprzez kontakt mailowy na adres: konsylium.rejestracja@gmail.com, planowania kolejnych wizyt, kontaktu w celu otrzymania informacji o przebiegu leczenia.
 - Wszystkie zmiany w sytuacji zdrowotnej pacjenta zobowiązuję się zgłosić niezwłocznie po ich zaistnieniu.

Świecie, dn.

.....
(Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego)