

.....
(imię, nazwisko opiekuna prawnego)

.....
(data)

.....
(nr PESEL opiekuna prawnego)

Upoważnienie do sprawowania opieki nad dzieckiem podczas wizyt w gabinecie
stomatologicznym NS ZOZ "SUPER-DENT" s.c. ul. Wodna 25 w Łodzi,

Niniejszym upoważniam..... legitymującą/cego się
dowodem osobistym (nr i seria)..... do
sprawowania opieki nad nieletnią/nieletnim

.....
(imię nazwisko)

.....
(nr PESEL pacjenta)

podczas wizyt w gabinecie stomatologicznym. Jednocześnie udzielam powyżej osobie prawa do
informacji o :

- stanie zdrowia,
- wglądu w dokumentację medyczną
- wyrażania zgody na proponowane zabiegi lecznicze w gabinecie.

Zgoda nie jest jednorazowa. Dotyczy wszystkich wizyt nieletniej/nieletniego, na które zgłosi się
pod opieką osoby upoważnionej.

.....