

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

.....
(nr PESEL opiekuna prawnego)

**Upoważnienie do sprawowania opieki nad dzieckiem podczas wizyt
w gabinecie stomatologicznym Clinica Uśmiechu Jakub Ligarski**

Niniejszym upoważniam
legitymującą/ego 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 oraz wyrażania zgody na proponowane zabiegi
lecnicze wraz ze znieczuleniem w gabinecie. Zgoda nie jest
jednorazowa. Dotyczy wszystkich wizyt nieletniej/nieletniego, na które
zgłosi się pod opieką osoby upoważnionej.

.....
(data i czytelny podpis opiekuna prawnego)