

**UPOWAŻNIENIE DO LECZENIA STOMATOLOGICZNEGO MAŁOLETNIEGO**

Miejscowość, data: _____

1. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (RODZICA/OPIEKUNA):

Działając imieniem własnym, jako:

Nazwisko i Imię

PESEL

Adres zamieszkania

będąca/-y przedstawicielem ustawowym (proszę zaznaczyć właściwe): Rodzic, Opiekun prawny, Kurator.
 Oświadczam, że posiadam pełną władzę rodzicielską (nie zostałam/-em jej pozbawiona/-y, ani nie została ona ograniczona) w stosunku do niżej wymienionego dziecka.

2. DANE PACJENTA (MAŁOLETNIEGO):

Nazwisko i Imię

PESEL

3. OSOBY UPOWAŻNIONE:

Nazwisko i Imię

PESEL

1

Numer Dowodu Osobistego

Nazwisko i Imię

PESEL

2

Numer Dowodu Osobistego

4. ZAKRES UPOWAŻNIENIA:

Upoważniam ww. osobę/osoby do:

1. Podejmowania wszelkich decyzji dotyczących stanu zdrowia małego dziecka 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: _____), planowania kolejnych wizyt, kontaktu w celu otrzymania informacji o przebiegu leczenia.
 - Wszystkie zmiany w sytuacji zdrowotnej pacjenta zobowiązuję się zgłosić niezwłocznie po ich zaistnieniu.

 czytelny podpis Rodzica lub
 Opiekuna Prawnego



ul. Połwiatowskiego 1A
 05-400 Otwock



www.hadent.pl
 +48 690 590 851

