



PLATINUM

STOMATOLOGIA ESTETYCZNA IMPLANTOLOGIA

PLATINUM STOMATOLOGIA
ESTETYCZNA IMPLANTOLOGIA
Maksymilian Bojkowski
ul. T. Gackowskiego 1C, 85-137 Bydgoszcz
www.stomatolog-platinum.pl
tel. 882-464-530 e-mail
kontakt@stomatolog-platinum.pl

UPOWAŻNIENIE DO OBECNOŚCI INNEJ NIŻ RODZIC OSOBY PRZY BADANIACH
I PROWADZENIU LECZENIA MAŁOLETNIEGO

Zgoda przedstawiciela ustawowego pacjenta małoletniego na przeprowadzenie badania i prowadzenie leczenia stomatologicznego w obecności opiekuna faktycznego małoletniego oraz na udzielenie informacji o stanie zdrowia małoletniego.

Ja, niżej podpisana/y,
posługująca/y się numerem PESEL,
zamieszkała/y w przy ul.,
przedstawiciel ustawy oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania i prowadzenie leczenia stomatologicznego u syna/ córki:

....., PESEL.....

w gabinecie stomatologicznym Platinum Stomatologia Estetyczna Implantologia na ul. Gackowskiego 1C w Bydgoszczy przez
w obecności opiekuna faktycznego pani/pana:

.....,PESEL.....

ww. pacjenta małoletniego oraz do:

- uzyskania przez w. opiekuna faktycznego informacji o stanie zdrowia ww. małoletniego i przeprowadzonych badaniach oraz udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych
- odbioru przez ww. opiekuna faktycznego wyników badań ww. małoletniego,
- odbioru przez ww. opiekuna faktycznego innej dokumentacji medycznej (w tym recepty, opinie lekarskie, skierowania na badania dodatkowe)

dotyczącej/przeznaczonej dla ww. małoletniego.

PODPIS PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

DATA