

F – Dent Joanna Fraj
ul. Plebiscytowa 26
42-700 Lubliniec

Lubliniec

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

.....
(nr PESEL opiekuna prawnego)

**Upoważnienie do sprawowania opieki nad dzieckiem podczas wizyt w gabinecie
stomatologicznym F – Dent Joanna Fraj**

Niniejszym upoważniam legitymującą/ego
się dowodem

(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 lecznicze 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)