

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

.....  
(nr PESEL opiekuna prawnego)



**Upoważnienie do sprawowania opieki nad dzieckiem podczas wizyt w gabinecie stomatologicznym KidsDental,  
Stomatologia Katarzyna Kajka-Hawryluk, ul. Księcia Janusza 42, 01 – 452 Warszawa.**

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 oraz 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.

.....  
(data i czytelny podpis)