



FI CLINIC
STOMATOLOGIA
IMPLANTOLOGIA

UPOWAŻNIENIE DO OBECNOŚCI OSOBY, INNEJ NIŻ OPIEKUN PRAWNY, PRZY BADA- NIACH/LECZENIU MAŁOLETNIEGO

IMIĘ I NAZWISKO MAŁOLETNIEGO PACJENTA	
PESEL MAŁOLETNIEGO PACJENTA	

Ja, niżej podpisana/ny **OPIEKUN PRAWNY** ww. dziecka:

IMIĘ I NAZWISKO OPIEKUNA PRAWNEGO	
PESEL OPIEKUNA PRAWNEGO	
ADRES ZAMIESZKANIA	
STOSUNEK DO MAŁOLETNIEGO (ojciec, matka, inna osoba)	
NR TELEFONU	

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykonanie **BEZ MOJEJ OBECNOŚCI** u w/w małoletniego dziecka w klinice Fi Clinic świadczeń stomatologicznych, takich jak: zebranie wywiadu i badanie stomatologiczne, wykonanie zabiegów stomatologicznych i znieczuleń zgodnie z przedstawionym planem leczenia dziecka oraz wykonanie badań dodatkowych, które stomatolog uzna za konieczne w procesie leczenia w obecności **OPIEKUNA FAKTYCZNEGO**:

IMIĘ I NAZWISKO OPIEKUNA FAKTYCZNEGO	
PESEL OPIEKUNA PRAWNEGO	
ADRES ZAMIESZKANIA	

DATA	PODPIS OPIEKUNA PRAWNEGO MAŁOLETNIEGO PACJENTA
------	--