BLUE MED
CENTRUM ORTODONTYCZNE I MEDYCZNE

UPOWAŻNIENIE DO OPIEKI NAD MAŁOLETNIM PACJENTEM ORAZ DO UZYSKIWANIA INFORMACJI PODCZAS WIZYT W CENTRUM ORTODONTYCZNYM I MEDYCZNYM BLUEMED,

ul. Skłodowskiej-Curie 48, 85-088 Bydgoszcz 515510111, 5151510222

Ja, niżej podpisana/podpisany, działając jako rodzic/opiekun prawny małoletniej/ małoletniego, niniejszym upoważniam:

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL oraz nr dokumentu tożsamości

Dane osoby upoważnionej

- PESEL osoby upoważnionej……
- adres zamieszkania……
- telefon……
- Nr i seria dowodu osobistego……

do sprawowania bieżącej opieki nad małoletnim podczas pobytu w placówce:

Dane dziecka:

- imię i nazwisko……..
- PESEL……
- adres zamieszkania……..

Jednocześnie udzielam upoważnionej osobie prawa:

a) do opieki nad moim dzieckiem w czasie oczekiwania na wizytę lekarską/badanie/zabieg;

b) do obecności oraz opieki nad moim dzieckiem w czasie trwania wizyty lekarskiej/ badania/ zabiegu oraz po ich zakończeniu;

c) uzyskiwania informacji o stanie zdrowia, wglądu w dokumentację medyczną oraz wyrażania zgody na proponowane zabiegi lecznicze w gabinecie, a także informacji o zaleceniach przekazanych w czasie wizyty lekarskiej/ badania/zabiegu.

d) inne: .....

Upoważnienie może zostać odwołane w każdym czasie przez rodzica lub opiekuna prawnego w formie pisemnej.
Dotyczy wszystkich wizyt nieletniej/ nieletniego, na które zgłosi się pod opieką osoby upoważnionej.

Jestem świadoma/my, iż podpisując niniejsze upoważnienie, **równocześnie wyrażam zgodę na podjęcie zabiegów i działań medycznych, w tym ratujących życie, będących konsekwencją ewentualnych powikłań w czasie wykonania badań/zabiegów/konsultacji (tj. omdlenie, urazy, inne);**

…… ……

(miejscowość, data) Podpis rodzica/prawnego opiekuna dziecka

Oświadczam, że przyjmuję niniejsze upoważnienie.

……..

podpis osoby upoważnionej