



Доверенность на посещение стоматолога

Лицо, дающее доверенность (Имя, Фамилия): _____
(лицо, наделённое родительскими правами и правами опекуна)

Дата рождения: _____

Уполномоченный представитель (Имя, Фамилия): _____

Дата рождения: _____

Настоящим я разрешаю вышеуказанному уполномоченному лицу сопровождать моего ребёнка (Имя, Фамилия), рождённого _____, к детскому стоматологу.

Я предоставляю уполномоченному лицу следующие полномочия (отметьте галочкой):

- Принимать решения о проведении необходимых исследований, например, о проведении рентгенологического исследования
- Принимать решения, связанные с терапией и лечением зубов, например: инъекции, вид терапии, соглашения о дополнительных расходах / доплатах
- Другие полномочия:

Доверенность действительна с _____ и действует до тех пор, пока Вы не отзовёте её в письменной форме.

Освобождение от обязанности хранить врачебную тайну

Настоящим я (лицо, дающее доверенность) освобождаю детскую стоматологическую клинику Kids-first в отношении упомянутого уполномоченного лица от обязанности соблюдать конфиденциальность. Я даю согласие на предоставление уполномоченному лицу всей необходимой информации, связанной с лечением зубов моего ребёнка.

Я осознаю, что добровольно даю согласие на освобождение от обязанности соблюдать врачебную тайну и могу отозвать его в любое время с сохранением силы на будущее.

Место, дата, подпись лица, дающего доверенность (лицо, наделённое родительскими правами и правами опекуна)