

ESETI MEGHATALMAZÁS GYERMEKGYÓGYÁSZATI VIZSGÁLATHOZ

Meghatalmazó adatai:

Név:
Születési dátum:
Anyja neve:
Lakcím:
Személyi igazolvány szám:

Meghatalmazott adatai:

Név:
Születési dátum:
Anyja neve:
Lakcím:
Személyi igazolvány szám:

Vizsgálandó gyermek adatai:

Név:
Születési dátum:
Anyja neve:
Lakcím:
Személyi igazolvány szám:
TAJ-szám:

Vizsgálat időpontja (év, hónap, nap):

Felülírott, mint Meghatalmazó és a Vizsgálandó gyermek szülője / törvényes képviselője (megfelelő aláhúzendő), meghatalmazom, hogy helyettem a fent nevezett gyermek esetén az orvosi vizsgálaton és annak ügyeiben teljes körűen eljárjon, és a gyermek vizsgálatán ő egyedül jelen lehessen a Kroki magán gyermekorvosi rendelőben.

Elfogadom, hogy invazív beavatkozást (például vérvételt), a Kroki rendelőben csak szülő / törvényes képviselő jelenlétében végeznek, kivéve ha akut életveszély áll fent.

Elfogadom, hogy jelen meghatalmazás kizárólag egyszeri alkalomra szól, és az orvosi vizsgálat előtt le kell adni a Kroki recepcióján.

.....
Meghatalmazó

.....
Meghatalmazott

Kelt:,

1. Tanú neve:
Lakcíme:
Aláírása:
2. Tanú neve:
Lakcíme:
Aláírása: