

رقم الخطة: 0600.01

نموذج:ب

الموافقة على تعيين الوكيل من اجل إجراء العلاج و تحديد المواعيد

أفوض طبيب الأسنان و / أو أخصائية صحة الأسنان في دائرة الصحة في مقاطعة لانكستر-لينكستر لتنفيذ أي أمر يتعلق بطب الأسنان
فحص و / أو علاج لطفلي _____ ، في حالة غيابي وفقاً للجدول والسياسات المتعلقة
بدائرة الصحة.

و بالإضافة إلى ذلك ، أعين هنا _____ (البالغ من العمر 19 عاماً أو أكثر)، وكيلا لي
وممثلا لغرض لأعطاء الموافقة على الرعاية في المستشفيات و / أو الرعاية الطبية للطفل المذكور أعلاه وعن أي رد فعل اتجاه الأدوية،
الأمراض، أو الإصابة، في حال تواجد (الطفل) في رعاية دائرة الصحة تحت اشراف الشخص المذكور أعلاه وعندما لا أستطيع إعطاء
مثل هذه الموافقة على الفور .

هل حدثت أي تغييرات في صحة هذا الطفل و / أو صحة أسنانه منذ زيارته لعيادة الأسنان الأخيرة؟ نعم _____ لا _____

الحساسيات _____

طبيب الأسرة _____

رقم هاتف الطبيب _____

بتاريخ هذا _____ اليوم _____ السنة _____

العنوان الوالد أو الوصي القانوني _____

الهاتف _____

الشاهد _____

يمكن إلغاء هذا البيان كتابة في أي وقت وينتهي في أي حال بعد 60 يوما من توقيعه.

المنقح 14/13/3