



شماره سیاست: 0600.01

نمایش: ب

رضایت نامه و تعیین نماینده یا وکیل جهت موافقت درمان و گرفتن نوبت بیمار

اینجانب به دندانپزشک و یا متخصص بهداشت دهان و دندان در اداره بهداشت ناحیه لنکستر-لنکولن اجازه می دهم انجام تاهرگونه نیاز دندانپزشکی، معاینه و / یا درمان کودک من _____ را در غیاب من و بر مبنای برنامه ها و مقررات اداره بهداشت، اجرا نمایند.

همچنین، آقای/خانم _____ (بزرگسال 19 ساله یا بیشتر)، به عنوان وکیل و نماینده ام برای تأیید و رضایت جهت بستری شدن در بیمارستان و / یا درمان پزشکی از کودک بالا ذکر شده برای هر گونه واکنش به دارو، بیماری یا آسیب، در حالی که چنین فرد تحت درمان این اداره است و زمانی که اینجانب بلافاصله در دسترس برای دادن چنین رضایت نیستم. آیا بعد از آخرین بازدید دندانپزشکی، تغییرات در سلامت پزشکی و / یا دندانپزشکی این کودک تغییر کرده است؟

بله _____ خیر _____

آلرژیکها(حساسیتها) _____

دکتر خانواده _____

شماره تلفن دکتر _____

این روز _____ از تاریخ _____

والدین یا نگهبان قانونی _____
آدرس _____

تلفن _____

شاهد _____

این بیانیه را می توان در هر زمانی به صورت کتبی لغو کرد و در هر صورت 60 روز پس از امضای آن منقضی می شود.

اصلاح شده 14/13/3