

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 \_\_\_\_\_

الرژیهها(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

